Langrudi

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

GIÀ COMPILATI DAI

Dottori OMODEI, CALDERINI E GRIFFINI

ORA DIRETTI DAL DOTTOR

MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica Medica
Prof. Rovida
Prof. A. Corradi = Medicina pubblica

Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati
Dott. Porro = Ostetricia

VOLUME 232

Giugno 1875

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1875

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WelMOmec
Call.
No.

INDICE DEL FASCICOLO

Parte Originale.

LORENZUTTI. Di un caso di empiema pulsante . . . Pag. 385
RUSCONI. Esperienze cliniche sull'uso del borato sodico nell'ileo-tifo e nelle febbri palustri (con tavola) . . . . . » 391
GALIGNANI. La tracheotomia nel crup laringeo . . . . . » 398
FLARER. Cheratite parenchimatosa diffusa, da paralisi del simpatico cervicale . . . . . » 404
ARIGO. Occlusione completa dell'intestino vinta da una manuale operazione. Lettera al prof. Angelo Scarenzio . . . » 407
ANELLI. Contribuzione alla cura della difterite. Lettera al dottor De-Cristoforis . . . . . » 411
PROTA-GIURLEO. Utilità terapeutica dell'acido ossalico e del solfofenato di chinina nell'angina difterica. Lettera al chiarissimo dott. Noè Cenni di Montefolcino . . . . . » 415
OLIOLI. Il proto-joduro di mercurio nella cura delle mafattie veneree sarà tanto più utile, quanto più verrà dato a dosi ripartite » 418
DE ROSSI. Studio teorico-pratico intorno ad alcuni argomenti di otojatria . . . . . » 420

Rivista.

Rivista idrologica del dott. P. Schivardi, Medico-Direttore dei Bagni d'Acqui . . . . . » 433
DAMMANN. Der Curort Lippspringe . . . . . » 433
SALES GIRONS. Lo stabilimento termale a Dax . . . . » 436
VIOLINI. Rapporto sull'andamento del servizio nello stabilimento militare d'Acqui . . . . . » 437
ANONIMO. Guida ai Bagni di Casciana . . . . . » 439
GALLI. I fanghi di Trescore-Zandobbio . . . . . » 440
PAVESI. Nuova analisi dell'acqua della Cornasca . . . » 441
DE LUCA. Ricerche sperimentali sulla solfatura di Pozzuoli » 442
RIA. L'idroterapia del medico moderno . . . . . » 445
MAJ. Nuova analisi dell'acqua di Boario . . . . . » 446
SCHIVARDI. I fanghi. Studj di idrologia medica . . . . » 446
SCHIVARDI. Le acque solforose e la solfidrometria . . . . » 446
BRUGNATELLI. L'acqua di Monte Alfeo . . . . . » 447
GOLDWURM. Dei bagni ferruginoso-arsenicali di Roncegno . » 449
PELLEGRINI. Relazione sulle acque minerali di Arta e Piano nella Carnia e loro analisi chimica . . . . . » 450
JAMES. Guida pratica alle acque minerali, ai bagni di mare ed alle stazioni d'inverno . . . . . » 452
VALENTINER. Manuale di balneoterapia generale e speciale . » 453
HELFFTS. Manuale di balneo-terapia . . . . . » 453
QUINCKE. Tavole balneologiche . . . . . » 454
CARRARA ZANOTTI. Monografia dell'acqua minerale del Drago sita nel Comune di Oltre il Colle (Serina) . . . . . » 455
UGOLINI. Guida ai bagni di Rimini . . . . . » 455
BRUGNOLI. Le Terme porrettane nella cura della tisi . . » 456
SCHIVARDI. Guida descrittiva e medica alle acque minerali d'Italia, nonchè agli stabilimenti idroterapici, ai soggiorni d'inverno, alle cure col siero di latte e coll'uva . . . . » 457
Rivista di Chimica Patologica del prof. Rovida . . . . . » 457
RITTHAUSEN e POTT. Ricerche intorno alle combinazioni dei corpi albuminosi coll'ossido ramico . . . . . » 458
MORDRZEJEWKI. Intorno alla sostanza amiloide . . . . » 459
PERLS. Intorno alla distinzione fra infiltrazione e degenerazione adiposa del fegato . . . . . » 459
BERG. Intorno alla ricognizione del sangue nei liquidi nei quali è contenuto in quantità piccolissima . . . . . » 460
BINZ. Chinina e sangue . . . . . » 460
NAUNYN. Ricerche intorno alla coagulazione del sangue nell'animale vivente e conseguenze di essa . . . . . » 462

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

Vol. 232. — Fasc. 696. — Giugno 1875

Di un caso di empiema pulsante; *del dott.* LORENZO LORENZUTTI.

Ceconi Pietro di Trieste, d'anni 27, nubile, fabbro ferraio, entra nella sesta divisione di questo ospitale il giorno 28 aprile dello scorso anno. È travagliato da forte dispnea, sta semiseduto sul suo letto, febbricita, tossisce, elimina uno sputo puriforme abbastanza copioso, ed accusa dolori al torace sinistro, che si fanno veementi ogni qualvolta lo si tocchi o si tenti di praticare l'esame oggettivo di quella regione. Suda moltissimo durante la notte. Richiesto se mai avesse sofferto altre malattie di rilievo risponde negativamente, e non fa menzione che di qualche leggiero attacco di sifilide e di qualche infreddatura. Il male presente data da un mese; e per questo trovavasi fin pochi giorni addietro in altra divisione di questo stabilimento, donde usciva sperando che a domicilio si sarebbe trovato meglio; ma invece essendo peggiorato ritornò nuovamente all'ospedale. — Da persone di sua conoscenza si rileva poi che avea menato ognora vita piuttosto disordinata, dandosi frequentemente al bere e ad altri stravizi, e concedendo non di rado appena poche ore di riposo al suo corpo. L'aspetto generale del malato accenna a deperimento, come per diuturna suppurazione.

Passando il dì seguente ad un secondo e dettagliato esame del torace, vi riscontriamo anteriormente e precisamente in corrispondenza dell'apice sinistro risonanza timpanica, quindi mutezza assoluta fin giù all'arco costale; pari mutezza anche nella linea ascellare; posteriormente risonanza timpanica ottusa nella regione sopraspinata, sul restante dell'ambito toracico mutezza perfetta. Ascoltando l'area di risonanza

timpanica vi si ode respirazione anforica; del resto dappertutto assenza di qualsivoglia mormorio respiratorio, meno qualche rantolo discretamente umido nell'infima porzione posteriore. Il cuore è spostato a destra, e già nel secondo spazio intercostale se ne avvertono le pulsazioni; e dal detto spazio fin giù a confondersi colla mutezza del fegato discende un' area larga circa 2 centimetri, che percossa rende un suono perfettamente ottuso; normali i toni cardiaci. Sia su quest'area, quanto anche a sinistra dello sterno tra questo e la linea mammaria, scorgesi una pulsazione frequente ed a sbalzi da non confondersi colla ritmica del cuore. Appoggiando l'orecchio sul costato sinistro e facendo contemporaneamente parlare il malato non se ne distingue la voce, nè punto vi si sente il fremito, come nello stato normale; non vi si osservano movimenti respiratori, bensì vi si scorge un' edema, che partendo dalla regione ascellare si protende, degradando, sia all'innanzi verso lo sterno sia all'indietro verso la colonna vertebrale. La toracometria non rivela che una differenza di 2-3 centimetri in più del lato sinistro sul destro, e ciò verosimilmente è da ascriversi all'edema sunnotato. Il torace destro invece funziona normalmente e l'esame oggettivo ne conferma l'integrità del viscere in quello racchiuso. Gli altri organi nulla offrono di abnorme, le orine son prive di albumina ed in quantità normale. Polso a 120, resp. 32. La temperatura non si potè misurare, nè in quel giorno nè nei primi de' seguenti; sendo l'ammalato impaziente di ulteriori esami, specialmente se a qualche modo prolungati od incommodi.

Alla sera del successivo giorno 30 si avverte una pulsazione generale e sincrona col battito cardiaco, la quale scuote tutto il torace sinistro ne' suoi due terzi inferiori a partire dallo sterno fin presso alla colonna vertebrale, manifestandosi però più forte nella regione della papilla mammaria e lungo la linea ascellare. Osservasi inoltre accrescimento dell'edema e lieve aumento dell'ottusità posteriore.

Ripensando ora ai trovati qui riassunti, era facile il dedurne che una raccolta abbondante di liquido fosse racchiusa nella cavità malata; e per la presenza dell'edema, stando all'autorità di esatti osservatori, ritenerla dovevamo quale indizio di una raccolta marciosa. Ma d'onde la pulsazione? Era dessa indizio di altro processo morboso? O semplicemente propagata attraverso un liquido? C' era aneurisma? Era un tumore pulsante? O per avventura la combinazione d'uno di questi con quello? — In faccia a cosifatte possibilità e vista la gravezza del caso risolvo di non agire da solo e tengo per mio dovere di provocare una consultazione di altri colleghi, che ha luogo difatti il giorno successivo (1° maggio). Esposte loro le

cose qui discorse ed accentuando *come mi paresse che l' empiema non si potesse escludere*, li richiedo del loro parere anche riguardo un'eventuale punzione del torace, sia semplicemente esplorativa sia curativa. Ammesso da tutti l'empiema e sol movendosi da taluno il sospetto che vi avesse anche aneurisma e quantunque quella mattina appunto s'incominciasse ad avvertire sotto alla papilla una sporgenza tondeggiante e pulsante abbastanza distintamente in tutte le direzioni, coperta però da cute poco edematosa, spostabile e di colorito normale, si stabilisce nullameno di temporeggiare fino a che ulteriori sintomi di vicina perforazione non indicassero direttamente la necessità di qualche atto operativo. Il resto di quel giorno passa con relativo euforia, continuandosi la cura già intrapresa col chinino, colla morfina e coll'applicazione di bagni tiepidi sul lato affetto.

La mattina del 2 maggio quella sporgenza sembra un po' abbassata; mentre il polso, che la sera prima arrivava alle 120, non batte che 100 pulsazioni al minuto. E qui notar conviene che il respiro anforico, già scomparso nella giornata precedente, più non ci si offre; e che anche all'apice del polmone compresso non havvi indizio veruno di respirazione. — Alla sera nuovo peggioramento, polso a 120, la protuberanza alla papilla si è fatta più sporgente, e rossa ed edematosa è la cute che la riveste. Dispnea, sudori profusi, ambascia generale. Si prescrive nuovamente la morfina; ed invece di bagnoli tiepidi se ne prescrive di freddi, che l'ammalato però non tollera. — Notte quasi insonne ed affannosissima.

La mattina del giorno tre nuovo consulto di tutto il collegio medico; visto il progredire dell' intumescenza, il forte pulsare e l' arrossamento della cute ormai molto edematosa, e visto lo stato penosissimo dell'infermo, si decide di praticare una punzione esplorativa. Il collega dott. Menzel vi si accinge a mezzo del Dieulafoy ed il tubo di quel geniale strumento si riempie con veemenza di liquido marcioso. Estrattine 600 gr. circa, cessa la pulsazione del tumore e di quasi tutto il torace. Estrattine in tutto circa tre chilogrammi, si avvertono i movimenti respiratori degli spazi intercostali inferiori; mancano però i rumori respiratori. L' ammalato ritorna all' euforia e da quel momento permette che mattina e sera si pratichi la termometria. Ma se questa nelle ore mattutine ci rivela ognora un miglioramento, alla sera dimostra il contrario; e nel mentre la seconda mattina dopo quella punzione non raggiunge che i 37°,5, la sera del giorno stesso ascende ai 40° C. per non ritornare mai più al grado di prima. Il giorno 4 ed il 5 osserviamo il cuore abbassato e portato più verso la metà del torace; il 5 ancora si percepisce un

rumore come di sfregamento nel terzo spazio intercostale destro, rumore che il giorno 7 non arriviamo più a sentire. Immediatamente dopo la punzione praticando la percussione si trae un suono timpanico alla superficie anteriore, che si estende fino alla 4ª costa; mancano però i mormorii respiratori, solo qua e là si ode del respiro bronchiale probabilmente propagato, qualche rantolo in corrispondenza al margine sinistro dello sterno ed alla base polmonare, come ho già notato più sopra.

Senonchè aumentando nuovamente l' essudato, ricomparendo la pulsazione e minacciando perforazione sotto la papilla attraverso alla riprodottasi intumescenza, un terzo consulto decide che applicato venga il drenaggio. Il dott. Menzel si accinge nuovamente all'opera; e scelto per un'apertura il punto del quinto spazio intercostale dove minacciava la perforazione e per la controapertura un punto del sesto spazio nella linea ascellare vi applica il tubo di guttaperca, che annodato resta in sito per dar continuo corso alla marcia dell'interno. Da quel giorno in poi si praticano quotidianamente due lavacri della cavità, con una soluzione tiepida di ipermanganato di potassa alla proporzione di 1 su 100; il giorno 10 se ne praticano tre; e quattro il giorno 11. Il giorno 10 la temperatura si eleva a 40°,6 C., si abbassa a 39°,6 nel seguente; nel mentre il polso seguita a battere 130. Nella notte dall'11 al 12 repentino collasso, e nelle ore ant. di questo avviene la morte.

Dell' autossia noteremo che si rinvenne il cavo toracico sinistro privo di essudato liquido e che non vi era contenuta, oltre al polmone rattratto, che aria penetratavi dall' esterno. La pleura costale sinistra aderiva colla lamina viscerale in parecchi punti; però, meno poche, eran briglie recenti facili a lacerarsi ed a sciogliersi. Il polmone poi era nella sua parte superiore perfettamente atelettasico; nelle porzioni inferiori conteneva ancora dell'aria, ma in iscarsa quantità. Nel polmone destro leggiero catarro bronchiale; sulla sua superficie grosse pseudomembrane, più appariscenti tra la base e la pleura diaframmatica. Vi avea pericardite recente, estendendosi su tutto il cuore un rivestimento fibrinoso a sottilissimi villi con iscarso essudato liquido. Il muscolo cardiaco alquanto giallognolo e piuttosto lacerabile. Leggiero ateroma delle valvole aortiche e del tronco ascendente.

Dopo quanto fino ad ora fu detto gli è chiaro come nel caso concreto si trattasse di *empiema pulsante per niuna altra causa all'infuori della propagazione dei movimenti cardiaci attraverso quel liquido.* Questi casi non sono davvero frequenti ed in prova basti il

ricordare che trè de' più divulgati autori moderni in fatto di medicina, vale a dire Felice Niemeyer, (1) il Jaccoud (2) ed il nostro Roncati (3), non ne citano veruno nelle ricercatissime loro opere di patologia e terapia speciale o di diagnostica. Non sarà quindi forse superfluo il citare qualche altro fatto consimile, annettendovi le osservazioni che fecero e le conclusioni che ne dedussero poi alcuni de' pochi, che ebbero la ventura di ripetutamente vederne.

Il prof. Traube di Berlino così si esprime nella *Berliner medizinische wochenschrifft* del 12 febbraio 1872. « Nel corso di quest'ultimo anno me ne son toccati due casi, che in certi punti fanno eccezione al solito comportarsi dell'empiema. In tutti e due si poteva constatare con assoluta certezza lo spostamento del cuore. Con tutto ciò appariva manifesto a sinistra, e precisamente all'infuori dell'area solitamente occupata dal cuore, un succedersi di elevazioni sincrone alla sistole di esso. » E, dopo menzionato un caso già discusso tempo prima in presenza di quella società medica, dà circostanziati ragguagli sul secondo; e si fa quindi a domandarsi le ragioni del raro fenomeno, che, come nel caso nostro, anche in quelli non era stato prodotto da veruna alterazione dei vasi, ma bensì da semplice propagazione delle vibrazioni cardiache attraverso l' empiema. Accenna prima di tutto come sia impossibile spiegarlo per un'eventuale aumento del volume del cuore durante la sistole ventricolare, sendo ormai constatato che esso diviene invece men voluminoso (Bamberger e Traube stesso). Per ispiegarlo ricorre invece alla locomozione del cuore da destra a sinistra e relativo spostamento del liquido nella stessa direzione; ed osserva valere quel fenomeno a riconferma della teoria di Gutbrod e Skoda. Senonchè perchè non avviene il detto fenomeno in ogni caso di essudato pleuritico sinistro? Ricorda allora che ne'due casi da lui osservati l'essudato era marcioso e si chiede se ciò forse lo avrebbe potuto spiegare; poichè anche altri lo osservarono nelle medesime condizioni. E soggiunge: in casi di empiema noi vediamo distrutto in più siti anche la pleura costale; e senza dubbio queste lesioni permettono un maggior spostamento del liquido. Ma anche questa circostanza non lo persuade ancora, imperocchè allora il detto fenomeno dovrebbe avve-

(1) « Trattato di Patologia e Terapia speciale » di Felice Niemeyer, ediz. V. Tradotto dal prof. Cantani. Milano, 1863.

(2) « Traité de Pathologie interne », par Jaccoud, 3.e édit. Paris, 1873.

(3) « Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso » di Francesco Roncati. Napoli, 1871.

rarsi più di sovente, e crede invece poterlo spiegare per altra circostanza che non mancava nei due casi da lui osservati; nell'esistenza cioè di un contemporaneo essudato pericardiale; questo dovrebbe opporre minor resistenza al movimento del cuore che non nelle solite condizioni nelle quali desso si muove, entro a pareti membranose alle quali è strettamente addossato.

Nello stesso periodico pochi giorni prima il dott. E. Müller, assistente del prof. Kussmaul, parla di simili casi e ne espone uno osservato da lui nell'anno 1868; aggiungendo poi alcune osservazioni diagnostiche su questi casi, nota come gli aneurismi si differenzino da altri tumori pulsanti per dar essi una pulsazione percettibile nonchè in direzione verticale nella laterale ancora, nel mentre gli altri tumori non pulsano che verticalmente. L'empiema invece può pulsare in tutte le direzioni; e cita a questo proposito i segni diagnostici differenziali, quali Mac Donnel li stabiliva nel giornale medico di Dublino fin dall' anno 1844, e che ci sarebbero dati dalla storia ovvero dal decorso del caso, dall' estensione dell' ottusità a tutta una parte del torace non avvertendosi le pulsazioni che sul solo tumore esterno, dall'assenza di rumori o soffii, e dalla manifesta fluttuazione. Müller però ricorda che, com'egli avea potuto osservare, le pulsazioni possono essere estese anche a tutto il torace; che anche negli aneurismi possono mancare i rumori ed i soffii succitati; e conchiude dicendo che l'uno e l'altro de'segni differenziali proposti da Mac Donnel sono insufficienti, che solo la loro contemporanea presenza può dare con maggior probabilità il diritto alla diagnosi di empiema pulsante. Di suo poi aggiunge che l' empiema ed il relativo tumore stanno per lo più a sinistra, nel mentre gli aneurismi si riscontrano preferibilmente a destra; che l'empiema produce i tumori pulsanti, ossia di perforazione, per lo più sotto alla 4ª costa, sito questo dove gli aneurismi assai raramente si avvertono. Osserva da ultimo che da quanto si è detto emerge che non abbiamo un dato sicuro valevole in qualunque caso a stabilire *con certezza* la diagnosi di empiema pulsante. Quanto alle cause di questa fatta d'empiema cita egli l'opinione del Kussmaul, il quale ritiene non bastare alla produzione del fenomeno, di cui ci occupiamo, che le pulsazioni cardiache possano venire trasmesse al tumore esterno, ma dovervi arrivare fino alla parete di esso tumore senza nulla aver perduto della loro intensità. E ciò avvenire quando le pareti interne son divenute tanto resistenti da non permettere che l'impulso cardiaco vada perduto entro il polmone, che in istato normale è compressibile; e la maggior resistenza delle pareti interne dipendere grandemente da eventuali

ingrossamenti vuoi della pleura viscerale, vuoi della parietale. Ritornando ora per un momento al caso da mè osservato, accennerò come esso presentasse tanto i sintomi stabiliti dal Mac Donnel quanto quelli del Müller; e come la pulsazione vi si poteva spiegare forse più agevolmente secondo le teorie del Kussmaul, anzichè con quelle del Traube.

Trieste, maggio 1875.

Esperienze cliniche sull'uso del borato sodico nell'ileo-tifo e nelle febbri palustri; *istituite in un comparto medico femminile dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal primario dott. Visconti*; *redatte del dott.* ULRICO RUSCONI, *medico chirurgo assistente ed assistente nell'ambulanza ottalmica di S. Corona.*

Prima d'entrare direttamente nell'argomento, credo opportuno qui trascrivere la lettera, colla quale il dott. Polli invitava il dottor Visconti ad esperire il borato sodico nella cura di alcune malattie zimotiche, fra le quali l'ileo tifo e la febbre palustre; lettera che dà la ragione per la quale abbiamo intraprese queste sperienze cliniche.

Chiarissimo Collega

Giacchè Ella gentilmente, o meglio per l'amore della scienza, si offre a fare delle sperienze terapeutiche coll'acido borico e col borace (borato di soda) io mi permetto di tracciarle alcune norme dalle quali potrebbe, a mio avviso, più nettamente conseguire un risultato, utilizzabile nei nostri studii.

Il *borato di soda* è antizimico (ossia arresta le fermentazioni originate da *fermenti solubili*, non sempre quelle da fermenti *organizzati viventi*, o almeno non direttamente, perchè non è nè tossico, nè chimicamente distruggente questi esseri); in questi *fermenti solubili* possono facilmente comprendersi i *virus*, dai quali nascono molte malattie infettive ed epidemiche, non così nettamente le contagiose.

Il borato sodico non è un veleno paragonabile all'arsenico, al sublimato corrosivo, all'acido fenico, per cui non uccide i parassiti morbigeni; ma può renderli innocui, e farli morire di *inanizione* rendendo il mezzo nel quale essi vivono, inetto alla loro nutrizione e alla loro moltiplicazione. — In cio il borace imiterebbe perfettamente l'azione dei solfiti.

L'*acido borico* è l'agente chimico al quale il borato sodico deve ogni sua virtù. La soda combinatasi non fa che temperarne l'azione; forse la diminuisce, certo non l'aumenta nel senso antizimico.

L'*acido borico* avrà dunque un'azione più decisa del suo *borato alcalino*; e nelle prove che farà, Le propongo mettere per punto di partenza che l'acido *borico* debba essere usato in dose di *metà* minore del *borato* per ottenere il medesimo effetto.

Dosi e formole.

L'*acido borico* non essendo solubile che in 50 parti eguali di acqua, e del resto non avendo cattivo sapore, può essere dato allo stato solido, o di polvere. La dose potrebbe essere di mezzo grammo per presa, sino a darne 6, 8 grammi al giorno.

Il *borace* o *borato sodico* è solubile in 12 parti di acqua a freddo. Può essere dato in soluzione edulcorata. La dose può essere da 10 a 15 grammi al giorno.

L'acido borico o il suo borato potranno essere esperiti contro le seguenti malattie:

Uso esterno.

Nella difterite.
Nell'ulite mercuriale e nella scorbutica.
Nell'ozena scrofolosa.
Nelle piaghe cutanee cancerose, fagedeniche, sinuose.
Nelle fistole di indole settica, con carie, ecc.
Nelle ottalmie catarrali croniche.

Uso interno.

Nel catarro vescicale, con urina putrida ammoniacale.
Nel catarro uterino, con irritazione e scolo vaginale.
Nel catarro intestinale d'indole settica (ileo-tifo).
Nelle febbri con migliare.

Nelle febbri con eruzione vajuolosa.
» » » scarlattinosa.
» » » morbillosa.
Nella piemia.
Nell'infezione putrida per inoculazione di pus nelle sezioni anatomiche.
Nelle febbri intermittenti da miasma palustre.
Nella febbre puerperale.

In veterinaria.

Nel tifo bovino.
Nel glossantrace (taglione).
Nella febbre carbonchiosa.
Nel moccio cavallino.
NB. Nei cavalli e nei buoi la dose del rimedio deve esser *cinque volte* maggiore quella dell'uomo.

Le esperienze col borato sodico vennero da noi instituite solamente nell' ileo-tifo e nella febbre palustre; perchè sono queste le affezioni che, stante la loro frequenza, ci offrirono la maggior opportunità per gli studj nostri. Il numero delle esperienze col borato sodico nell' ileo-tifo sommano a sei. Di quattro delle quali crediamo opportuno dare il tracciato grafico della temperatura, facendovi quelle annotazioni sul metodo curativo e sui sintomi che furono di speciale importanza. Gli altri due casi li riassumerò in breve, poichè per il loro rapido decorso clinico, hanno minore importanza.

Soggetto della 1.ª esperienza fu una contadina di 15 anni, mestruata da un anno; in passato aveva superato la scarlattina e ripetute febbri palustri. Entrava in 8.ª giornata di malattia, ed all'esame fisico si rilevava: lingua rossa, labbra asciutte, sibili e ronchi sparsi, gorgoglio ileo cecale, tumore di milza, macchie di roseola. Per 5 giorni amministrammo 10 grammi di borato sodico, senza che la temperatura subisse modificazione alcuna nei rialzi vespertini e nelle solite remissioni mattutine. Amministrato poi il chinino, l'ammalata volse in breve a guarigione.

Soggetto del 2° caso fu una setajuola trentenne di Milano, che nulla aveva di gentilizio, ricordava aver sofferto ripetutamente le febbri palustri. Mestruata regolarmente, ebbe 4 parti naturali e facili, l'ultimo dei quali datava da 9 mesi; era quindi in corso d'allattamento. Entrava in 10ª giornata di malattia, avendo già una temperatura di 40°.

S. P. Alquanto denutrita, accusa cefalalgia e tintinnio alle

orecchie. Lingua rossa, sibili, roseola, gorgoglio ileo-cecale, tumore di milza notevole, prostrazione grave delle forze, diarrea.

Nell' 11ª e 12ª giornata di malattia vennero amministrati 8 grammi di borato sodico, e la temperatura oscillò fra 39° e 9, e 40°.

In 13ª e 14ª giornata di malattia, il tumore di milza ed il sopore andarono aumentando, aumentò pure la diarrea; il borato sodico si prescrisse alla dose di 10 grammi; la temperatura, variò ancora fra 39° e 9, e 40°.

In 15ª giornata insorse il delirio. Esaminate le orine si trovarono acide, del peso specifico di 1021. Tracce d'albumina. Il borato sodico venne amministrato alla dose di 12 grammi, la temperatura salì a 40° e 6.

In 16ª giornata di malattia persisteva il delirio, insorse vomito ostinato, meteorismo e colapso delle forze. Il borato sodico si amministrò ancora alla dose di 12 grammi e la temperatura oscillò ancora fra i 40°, ed i 40° e 6. — Moriva in 17ª giornata di malattia. Da questo caso si rileva quindi che il borato sodico non fu capace di abbassare la temperatura al disotto di 39 gradi.

Il 1.° caso di quelli di cui qui uniamo il tracciato grafico della temperatura entrava in sala al 3 settembre, in 6ª giornata di malattia. Era una giovinetta tredicenne, ancora impubere.

S. P. Soggetto gracile, con prostrazione notevole delle forze, ronchi e sibili sparsi, gorgoglio ileo cecale, tumore di milza. Nel primo giorno di sua degenza nel comparto le vennero amministrati 7 grammi di borato sodico. Poi per sei giorni consecutivi, 10 grammi al dì; poi per tre altri giorni la dose venne portata a gr. 12, dalla quale si dovette recedere per la profusa diarrea insorta. In 17ª giornata di malattia si ridusse la dose a soli 6 grammi; che si continuò per 10 giorni. Durante i quali la diarrea diminuì, ma l'ammalata andò vieppiù perdendo le forze. Ed in 28ª giornata essendosi ancora avuto, come risulta dal tracciato grafico, un rialzo di temperatura, amministrammo il decotto di china; tanto più poi che l'ipostasi polmonare aveva assunto un carattere di gravezza assai allarmante. Mutato quindi regime di cura, la malattia si avviò in breve alla guarigione. — Questo caso serve quindi a dimostrare come il borato sodico non temperando la elevazione termometrica, non agisce quale sostanza antizimica. Dimostra pure che se il borato sodico non provoca direttamente la diarrea, l'intrattiene però quando sia già iniziata.

Soggetto del 2.° caso fu una giovinetta sedicenne ancora impu-

bere, che entrava in sala al 14 settembre e già in 14ª giornata di malattia.

S. P. Nutrizione discreta, denti e labbra asciutte, ambascia di respiro, roseola, ronchi e sibili sparsi, tumore di milza, bollicine di migliare cristallina. Il borato sodico venne amministrato per 5 giorni alla dose di 10 grammi; provocando ad ogni sua ingestione il vomito, epifenomeno che rarissimamente s' accompagna all'ileo tifo. L'ammalata istessa riconoscendo che il borato sodico le provocava il vomito, lo rifiutava ostinatamente. Giunti quindi in 20ª giornata di malattia e la paziente presentando ancora fenomeni gravi, ricorremmo al chinino con buon esito.

Facendo il confronto fra le curve grafiche del 1.° e di questo 2.° caso, si rileva che: nel primo, in 25ª giornata si aveva 38°,2 di temperatura, che andò elevandosi a 40°, in 30ª giornata, per avere poi delle oscillazioni di innalzamento e di abbassamento, toccando i 39° in 36ª e 40ª giornata. Mentre nel 2.° caso, dopo il 25° giorno di malattia che fu l'ultimo del massimo rialzo, la defervescenza procedè regolarmente; quando cioè si amministrò il chinino.

Soggetto del 3.° esperimento fu una contadina di 12 anni, ancora impubere, che entrava nel comparto in 8ª giornata di malattia.

S. P. Lingua asciutta, rossa, rantoli sibilanti. Ventre tumido dolente per se ed alla pressione, tumore di milza, macchie di roseola. Il borato sodico, amministrato per un giorno alla dose di 8 gr., fu dato a gr. 10, nell'11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª giornata di malattia. L'alta temperatura segnata dal termometro ci spinse ad aumentare la dose del rimedio; ed il borato sodico venne amministrato a 12 grammi al giorno, durante la 16ª, 17ª, 18ª, e 19ª giornata di malattia. Ma stante la profusa diarrea, il decubito plumbeo, il sopore grave, diminuimmo la dose a soli 6 grammi che amministrammo dalla 20ª giornata alla 22ª; ma persistendo sempre i suaccennati sintomi lo sospendemmo. Diminuì la diarrea, si riebbe alquanto la paziente; ma mantenendosi ancora elevata la temperatura, amministrammo il chinino, anche allo scopo che la paziente non avesse ad esaurire le pochissime forze rimastele. Ancora in questo caso il borato sodico favorì la diarrea, e fu affatto impotente a procurare l'apiressia; la temperatura, che per la natura del processo salì a 39° e 7 in 33ª giornata, discese alla cifra normale subito dopo l'amministrazione del chinino.

La paziente che fu soggetto del 4.° ed ultimo caso degli studj nostri fu una contadina trentenne. Non aveva labi gentilizie, nè sofferse altre malattie, mestruata regolarmente, ebbe tre figli, con gravidanze, parti e puerperj sempre regolari.

S. P. Scheletro ben conformato, nutrizione buona, pallore della cute, lingua rossa, macchie di roseola diffusa, meteorismo, tumore di milza; venne accolta in sala in 12ª giornata di malattia. Nel 1.° giorno si amministrarono 8 gr. di borato sodico; nel 2.° 10 gr.; nel 3° 12 gr.; nel 4°, 5°, 6°, 14 gr. Il diario di questi giorni si può riassumere: temperatura sempre elevata, come risulta dal tracciato grafico; diarrea; tumore di milza aumentato; orine di reazione acida del peso specifico di 1028, con traccie di albumina; denti fuligginosi, lingua tremula, sopore. Dalla 19ª giornata di malattia fino alla 26ª furono giornalmente amministrati 15 grammi di borato sodico. Ebbe in questo periodo di tempo due accessi di febbre a freddo, la diarrea ed il sopore andarono aumentando. In 28ª giornata insorse abbondante melena, che cospirò unitamente alla enorme temperatura di 42°, raggiunta nella 29ª giornata, alla morte della paziente; avvenuta in 32ª giornata di malattia. L'autopsia non ci venne concessa, dominando in quei dì il colera.

Dalla esposizione delle suaccennate storie si rileva quindi che il borato sodico eccita talvolta il vomito, più spesso favorisce la diarrea; e che la sua azione antizimica è nulla. Aggiungasi poi che per rimediare all'adinamia, che tutte le pazienti trattate col borato sodico presentavano in modo affatto speciale, si dovette ricorrere al chinino od al decotto di china. Considerato poi che di queste sei tifose due ebbero esito letale, e che per condurre a guarigione le altre quattro si dovette sospenderne l'amministrazione per ricorrere ad altri mezzi (chinacei), ci sentimmo scorraggiati, ne più ci bastò l'animo a trattare l' ileotifo con questa sostanza. Gravissima infatti è la mortalità di quelle curate col borato sodico, segnando essa la cifra di 33 e 33 per 100.

Per meglio far rilevare l' azione negativa del borato sodico in confronto del chinino, avremmo potuto dare molte storie di tifose curato con questo antizimico; metodo curativo del quale ebbimo sempre a lodarcene. Se la base però del metodo curativo da noi adoperato è il chinino, proporzionato all'età ed alla elevazione termometrica, non dimentichiamo l' impacco freddo se il termometro segna 39 gradi. Internamente prescriviamo bevande acidule, mucillagginose o meno secondo il grado della diarrea, per la quale non ci arrestiamo dal somministrare il chinino. Nelle forme adinamiche amministriamo noi pure il vino di Marsala ed anche l' alcool quando occorra; e nella convalescenza, a richiamare le esauste forze, ricorriamo al decotto di china. Forze che cerchiamo di sostenere il più che sia possibile con un opportuno dietetico, proporzionato ai diversi periodi della malattia.

Dalle nostre osservazioni risulta pure che si può insistere nell'amministrazione del chinino concomitandovi la diarrea. Questa infatti continuò in molte delle nostre ammalate anche dopo che si sospese la sua somministrazione, prescrittolo di nuovo la diarrea cessava. Ciò che alla sua volta dimostra che la diarrea non è provocata dal chinino, ma che è sostenuta dal processo ulcerativo dell'intestino; le cui conseguenze sono diminuite se non spente da questo alcaloide, per le sue proprietà antizimiche.

Col suaccennato trattamento terapeutico la mortalità che abbiamo avuto fu del 20 per 100. Infatti durante l'anno 1873 vennero accolte nel nostro comparto 55 tifose; delle quali 11 ebbero esito letale, una delle quali per infezione piemica da vasto decubito gangrenoso al sacro, quando l' infezione tifosa era già spenta. — La maggior parte di questi 55 casi d' ileo-tifo furono gravissimi, e al loro esito funesto cospirarono spesso le complicazioni, o le successioni morbose. Ricordo fra le altre una paziente, nella quale la pericondrite laringea secondaria alla tifica infezione, esigette la tracheotomia per salvarla da imminente morte; e che fu poi dimessa guarita dopo circa tre mesi di cura. La mortalità quindi da noi avuta (20 per 100) sarebbe un di mezzo fra la mortalità minima (18 per 100) e la massima (25 per 100) segnate dagli autori. Mortalità che è noto variare secondo le epidemie, il paese dove si svolge, e secondo la salubrità dei nosocomj.

Venendo ora alla 2ª parte di questo lavoro, vale a dire dell'azione del borato sodico nelle febbri palustri, anche qui abbiamo constatato che la sua azione antifebbrile è affatto negativa. Infatti l'esperimmo in 5 casi di febbre palustre a diverso tipo, senza ottenere alcun risultato. In un caso di febbre terzana semplice, per sei giorni di seguito, amministrammo il borato sodico alla dose di 6 grammi; e la febbre ricomparve costantemente coi soliti brividi di freddo, e nelle ore che insorgeva pel passato. La paziente essendo oligoemica e già stremata di forze, ci affrettammo a ricorrere al chinino; col quale si troncarono gli accessi febbrili. Gli stessi negativi risultati ottenemmo in un caso di febbre palustre a tipo quartanario, amministrando giornalmente 10 grammi di borato sodico per 10 giorni di seguito; ed anche in questo caso fummo costretti a ricorrere all' alcaloide della china. Eguali effetti ottenemmo in un caso di febbre miasmatica a tipo irregolare, nel quale per 5 giorni abbiamo somministrato 5 grammi di borato sodico; e dovemmo ricorrere al chinino, che troncò gli accessi febbrili. In due casi di febbre quotidiana, l'esito

della cura fu pure senza alcun vantaggio. In uno di questi amministrammo il borato sodico per 5 giorni alla dose di 12 grammi; e lo dovemmo sospendere, poichè oltre non impedire l'accesso febbrile, provocò nausea. Nell'altro caso venne poi amministrato per 5 giorni alla dose di 10 grammi, provocando non solo il vomito ma anche la diarrea; e la febbre si attenne al suo andamento ciclico, e fu poi troncata da due dosi di bisolfato di chinino.

Anche da queste esperienze appare evidente che il borato sodico non ha alcuna azione antizimica. Noi quindi più non lo somministreremo, se non quando altri clinici sapranno dimostrarci sperimentalmente la sua efficacia nelle malattie zimotiche.

La tracheotomia nel crup laringeo; *Caso felice e considerazioni del dott.* GALIGNANI.

Erminia Valdonio, di Castelsangiovanni, d'anni sette e cinque mesi, dopo alcuni giorni d'abbassamento di voce, ammalavasi il 21 aprile di laringite; che in sulle prime volli credere semplicemente catarrale, ma poi ben presto dovetti giudicare cruposa. Aria umida e tiepida, calomelano a piccole dosi, rivulsivi cutanei, vomitivi, cauterizzazione; ecco la cura prestata a norma del Niemeyer. Non pertanto la malattia gradualmente andava crescendo e già in terza giornata dava timori alla famiglia e pensieri a me stesso; ma appoggiandomi a quelle parole del classico autore « i fanciulli che hanno passato il settimo anno ponno superare anche le forme più gravi della laringite cruposa » non feci prognosi infausta.

La ragazzina avea subito nel lasso di tre giorni vari accessi di tosse soffocativa; che dapprima accompagnati da voce raucamente sonora, poi da voce in falsetto, poi afoni, erano tutti passati senza pericolo: quando alle 11 1[2 notturne del 24 ne è assalita da uno assai grave, con cianosi e minaccia di soffocazione. Io giunsi che era appena trascorso: rinnovai la cauterizzazione (dopo 7 ore) cui seguì tosse, vomito ed espettorazione di muco viscido: l'ammalata, sempre col consueto respiro difficile e soffiante alla gola, col polso a 133 battute al minuto, parve acquietarsi. Alle 12 1[4 successive nuovo accesso terribile: soprachiamato, trovo la fanciullina ancora sotto il medesimo, da ben 15 minuti: cianotica in sommo grado, occhio plum-

beo, sporgente, errante e poi fisso in alto: scomparso il polso alla radiale: brevi e rari conati di respiro completamente vani, chè di quanto parea s'alzasse il petto, d'altrettanto rientrava l'epigastrio. Prendo la morente fuori dalle coltri, l'adagio in direzione opposta sul letto e l'aspergo di forti getti d'acqua fredda in sul capo e sul petto: indarno.

Propongo allora la tracheotomia; che accordata, tosto viene da me eseguita con un bistouri retto ed una cannula da trequarti. Emorragia di appena due cucchiaj di sangue. Entrata la cannula in trachea, odesi l'aria attraversarla soffiando: torna il respiro, svanisce la cianosi: la ragazzina riprende i sensi, tosse ed espelle dalla cannula del sangue e del muco; indi prende sonno e dorme tranquillamente fino alle sei del mattino. Non avendosi in pronto le cannule ad hoc, per due giorni fu una vera tribolazione per me e per l'inferma: la cannula retta, per quanto fosse vegliata e tenuta (che non poteasi fissare da sè), era scossa fuori di trachea dagli impeti di tosse: e otturavasi facilmente per essere alquanto lunga e di calibro ristretto; onde, sia per un motivo, sia per altro, faceva mestieri di rimetterla in posto un bel numero di volte. Ciò spesso non conseguivasi che dietro più tentativi, atteso il restringersi della fessura tracheale, per l'elasticità degli anelli; e talvolta, non riescendo di penetrarvi, convenia contentarsi di appoggiarvi semplicemente la cannula. Per tutte queste manovre, quasi sempre dolorose, s'esercitò un traumatismo non piccolo sulla ferita, che si dovette altresì prolungare (fessura tracheale); e nullameno la flogosi reattiva limitossi ad un pò d'arrossamento e tumefazione dei margini, quale sarebbe stato naturale ad un semplice taglio. Finalmente la sera del 26 riesco ad introdurre una cannula curva d'argento, appositamente destinata e commessa, del diametro tracheale di 7 millimetri: dessa venne felicemente fissata mercè una fettuccia di gomma elastica cinta al collo, la quale secondando i movimenti di questo e rattenendo simultaneamente l'istrumento coll'appena necessaria resistenza, merita d'essere in special modo raccomandata. Con questo apparecchio semplice, commodo ed elegante, la ragazzina fu libera di voltarsi e moversi a suo agio; ed anzi chè operata, pareva agl'astanti abbellita d'un gioiello e d'un velluto. Nondimeno era sempre necessaria una attenta vigilanza per estrarre la cannula e pulirla tutte le volte che il respiro si fosse reso difficile, o ad un tratto impossibile, per arresto di muco.

La laringe dal momento dell'operazione, stette chiusa all'aria per 5 giorni: ciò si potea constatare ogni volta si togliesse la cannula, poichè ponendo un dito sulla ferita, la fanciullina non inspirava più.

Lo potè in parte il giorno 30, e interamente il successivo, che fu il primo di maggio: allora levai definitivamente la cannula e chiusi la ferita con stuello di filaccie e cerotto. Dopo tre giorni l'aria passava dalla ferita appena sotto gli sforzi della tosse, dopo sei era assolutamente intercetta; e così in 15 giorni la fistola rimase saldata, senza lasciare alcun segno rimarchevole. Via la cannula, anche la voce risorse ad intervalli; prima leggermente nasale per la consonante rima tracheale, poi col suo timbro: sono però scorsi già venti giorni e non s'è fatta per anco continua.

La malattia si sciolse dunque dopo otto giorni per via di assorbimento, precisamente come si scioglie la pneumonite comune o cruposa. — Ecco l'andamento della febbre: cominciò, preceduta da brividi, la sera del 21; diminuì la sera del 22; crebbe la mattina del 23; rimise durante il giorno, per accendersi più fortemente la sera e continuare così tutto il 24. Dopo l'operazione, fatta a mezz' ora di notte del 25, la febbre calò di molto e stette bassa fino a mezzodì; salì grandemente subito dopo, per iscomparire quasi alla sera, rialzarsi moderatamente la notte e continuare leggiera fino al giorno 29, con brevi esacerbazioni pomeridiane. Il grado minimo, che quasi sfuggiva al tocco della mano, segnò ultimamente al termometro centigrado ancora 28° 2|5.

Se confrontasi il periodo dei primi tre giorni coi successivi all'operazione, risulta: che in questi la febbre (eccettuata l'esacerbazione pomeridiana del 25) fu più mite; che l'ammalata tossì meno e più facilmente, stette tranquilla, dormì lunghi sonni ristoratori e potè bere e nutrirsi senza paura di far prorompere ogni volta un accesso di tosse soffocativa. E la differenza ognuno la spiega: l'artificiale passaggio dell'aria per la trachea aveva messo in riposo l'infiammata laringe e tutte le potenze respiratorie; le quali, prima incitate dal bisogno d'aria a lavori straordinari, affaticavano l'inferma e contribuivano per doppia ragione ad esasperare il processo flogistico in corso. Perciò l'operazione, lungi dell'aggravare la situazione dell'ammalata, la migliorò: altro vantaggio d'aggiungersi a quello capitale della procacciata salvezza.

In tre anni d'esercizio vidi undici bambini colti dal crup: tre ne scamparano; e porto opinione che non tanto ai rimedi, quanto alla leggierezza del morbo, forse appena catarrale (falso crup), si debba ascrivere la loro guarigione. In quasi tutti gli altri, che son morti entro tre giorni, proposi l'operazione e v'insistetti, ma indarno: pietà mal'intesa e sconsigliare segreto di colleghi erano gli argomenti in contrario. Solo una volta mi fu concesso di farla appena

dopo la morte; e così ebbi campo di misurarne le difficoltà, compresa l'emorragia. La presente è quindi la prima tracheotomia che eseguisco sul vivo con esito felice.

Un caso solo di scorta non basta a dare molta voce in capitolo: ma pensando a Bretonneau, che di venti operati ne salvò sei, a Trousseau, che sopra sessanta ne salvò più d'un terzo, mi sento in animo di dichiarare come da noi la tracheotomia nel crup dei bambini sia lasciata indegnamente da parte. È avvenuto di essa pel crup, come della toracentesi pei versamenti pleuritici. E all'una e all'altra fece da padrino lo stesso Trousseau, voglio dire fu il primo che nella pratica medica le volgarizzasse. Le sue lezioni di clinica sono pur oggi in gran pregio: ma quelle due operazioni, per quanto da lui messe fortunatamente a galla, naufragarono. — Il perchè? Io credo ravvisarlo in due cagioni, che in parte si fondono: 1.ª i versamenti pleuritici ed il crup laringeo sono malattie affatto interne, estranee alla patologia chirurgica; la medicina, per quella presunzione o spirito di corpo che regna anche dove non ha ragione di sostenersi, volle sempre sperimentare tutta se stessa e battersi fino all'ultimo prima di invocare l'ajuto della sorella. V'aveano e v'hanno tuttora medici e chirurghi, o medico-chirurghi, periti solo in una branca; per la qual divisione, accadeva naturalmente che l'intervento chirurgico fosse escluso, o appena talvolta ammesso all'estremo, dove non potea che fallire e screditarsi. — 2.ª Non si pose attenzione all'indice d'opportunità. Queste operazioni, come le altre, hanno il tempo di necessità e quello d'elezione: or bene si badò più al primo, che al secondo: si faceva la toracentesi, quando il malato minacciava di morire soffocato dall'essudato e dall'edema del polmone libero: si faceva e si fa talvolta la tracheotomia, quando il bambino si trova agli estremi per asfissia ed edema polmonare. In questi casi disperati, se l'operazione approda a buon esito egli è sempre un'eccezione: è come la riserva d'un esercito, la quale giunga sul campo troppo tardi. Riportiamoci invece al tempo d'elezione: la toracentesi, fatta prima che il polmone compresso dall'essudato abbia perduto la sua elastica tessitura, diede a me quattro anni sono risultati felici (vedi Memoria negli *Annali*, fascicolo luglio 1872). In questo frattempo ottenni altri successi; e li ottennero Cattaneo, Namias, Baccelli, che ne pubblicarono alcuni casi: l'esimio Brugnoli di Bologna ne fece oggetto d'opuscolo particolare. — Analogamente devesi fare della tracheotomia. E nol dico io, ma l'ha scritto il classico Niemeyer; il quale, dopo aver suggerito tutti i mezzi che può prestare la medicina nel crup dei bambini, continua:

« se questo trattamento rimane senza successo, se dopo il decorso di 10 o 12 ore non si manifesta miglioramento, non si perda tempo, ma si proceda alla tracheotomia: quanto prima questa viene praticata, tanto più è lecito sperare che non sopraggiungano il catarro bronchiale, l'iperemia e l'edema dei polmoni a frustrare l'operazione ». Grisolle dice altresì: « non devesi aspettare che l'asfissia sia molto avanzata, o che le forze del malato sieno prostrate all'eccesso » il che allude all'avvelenamento dei centri nervosi, in particolare dei centri respiratorii situati nel midollo allungato.

Non ho letto molto in proposito; ma basta, a mio credere, l'esame cadaverico per convincersi che la difficoltà e successiva impossibilità o insufficienza di respiro nella laringite cruposa, devesi per la massima parte alla paralisi dei muscoli laringei; in minor grado alla tumefazione della mucosa e legamenti vocali; meno ancora alla presenza delle tanto supposte false membrane, o masse d'essudato. Quante volte s'è andati all'autopsia credendo fermamente di riscontrarle, e s'è trovato la laringe sgombra, da durar fatica a credere come vi potesse essere in vita tanto ostacolo al respiro! Che poi questi essudati possano essere rejetti prima della morte, in modo da sottrarsi così all'osservazione, cosa asserita dallo stesso Niemeyer, egli è affatto incredibile: non è a presumersi che i bambini, estenuati dai vomitivi ed agonizzanti, possano avere tanta forza quanta occorre per espellere dette membrane; sieno pure, come vuolsi, staccate da una sopravenuta essudazione sierosa. Di più, posto che il fatto avvenisse, non avrebbe dovuto seguirne la morte, bensì la risurrezione. — Così della tumefazione; che, trovandosi scarsa, si vorrebbe far credere siasi diminuita nel cadavere per azione delle fibre elastiche. Io non posso contrapporvi che un fatto solo; quando feci la tracheotomia di quel fanciullo, subito dopo morte, feci passare altresì uno spazzolino attraverso la laringe, e non incontrai la menoma resistenza. Non nego il fenomeno, ma nego la proporzione che gli si vorrebbe attribuire per ispiegare colla gonfiezza della mucosa l'ostacolo al respiro. Difatti è l'inspirazione di solito ch'è difficile e sibilante, non l'espirazione; la quale può essere stentata, ma non per ciò significativa di restringimento, bensì di fatica maggiore che fanno i polmoni ad espellere la poca aria rientrata. Nel caso descritto, l'espirazione pareva anch'essa difficile prima dell'atto operativo; ma poi conobbi che per essa la laringe era pervia abbastanza, mentre chiudevasi all'inspirazione. Queste verità ed altre riferite dal Niemeyer e suffragate da esperienze sugli animali, come il taglio dei nervi vaghi che darebbe origine ad una dispnea somigliantissima a quella

del crup, valgono a dimostrare chiaramente l'inefficacia, nella maggior parte dei casi, dei vomitivi e della cauterizzazione; rimedj eroici della malattia, antico il primo, questo moderno. Inutili ambedue contro la paralisi, assai problematica la seconda contro la tumefazione interna della glottide, lasciano dubitare altresì che contribuiscano a favorire la paralisi stessa; il vomitivo collo spossare i muscoli, il caustico coll'approfondare il lavoro flogistico costringendolo alla superficie.

Se dunque la causa precipua e solita della morte dei bambini affetti dal crup consiste nella paralisi dei muscoli laringei, destinati a dilatare la glottide sotto l'inspirazione, altro non resta che affidarsi al cateterismo della trachea per via naturale od artificiale. Quantunque il primo metodo sia lusinghiero, appena vi si fermi sopra l' attenzione si presenta così sconveniente (difficoltà d'introdurre il catetere, facilità di ledere l'epiglottide e le corde vocali, irritazione per la sua presenza, difficoltà di respiro attraverso un piccolo tubo di certa lunghezza), che allontana l'idea di attuarlo. Bisogna quindi appigliarsi al secondo, alla tracheotomia: metodo cruento, ma innocuo. In più di cento tracheotomie eseguite da Trousseau non fu mestieri arrestare l'emorragia, accidente tanto paventato: gli operati, che vennero nondimeno a morire, perirono per il crup e sue conseguenze, non per l' operazione; la quale se non riesce sempre a salvare, prolunga almeno la vita e raddolcisce le ultime pene. Trousseau, il maggior operatore di tracheotomie, quand' ebbe abbandonato la cauterizzazione o lo spazzamento che faceva succedere all'atto operativo, sopra 18 ne salvò 8; statistica abbastanza incoraggiante per scuotere gl'increduli e gl'indolenti.

Marco Aurelio di Napoli, come rilevo dalle lezioni del prof. Porta mio maestro, fu il primo che indicasse la tracheotomia nel crup dei bambini; e ciò verso la metà del secolo passato. Vennero poi gli inglesi Home, Andrè (1825); quindi i francesi Bretonneau e Trousseau ecc.: i tedeschi l'hanno adottata, come lo dimostrano le loro opere: in Italia ancora regna per essa la miscredenza o la poca fede.

Castelsangiovanni, 20 maggio 1875.

Cheratite parenchimatosa diffusa, da paralisi del simpatico cervicale; *del dott.* GIULIO FLARER. — *Storia letta nella seduta sanitaria del 22 marzo anno corrente, presso il Civico Ospedale di Pavia.*

Negli annali dell'Oculistica vennero diggià registrati parecchi casi di neurosi vasomotorie e secretorie, dopo chè la fisiologia dimostrò l'influenza che il nervo gran simpatico cervicale esercita sui tronchi sanguigni oculari; influenza questa che venne constatata, tanto col taglio, che colla galvanizzazione del simpatico, nonchè colla estirpazione del ganglio cervicale superiore. Dacchè il Donders pel primo attribuì l'aumento della tensione endoculare nel glaucoma semplice ad un' affezione dei nervi secretorj dell'occhio, anche altri esperimentatori si occuparono dell'oggetto, come per esempio Bowmann, Gräfe Secondi e recentemente il Nagel; il quale ponendo speciale attenzione alla tensione oculare, vide che leggieri anomalie della stessa si verificano assai spesso, e in date circostanze sono di molta importanza tanto per la diagnosi del caso che per la cura. Un esemplare dei più spiccati di quelle neurosi vasomotorie e secretorie, che attaccano il bulbo propriamente detto, mi fu dato osservarlo fra gli ammalati che frequentavano il mio ambulatorio nello scorso anno.

Trattasi di una donna di mezza età, certa Balegni Rosa di Pavia, la quale precedentemente non ebbe mai a soffrire malattie oculari.

Presentavasi la detta ammalata, nella primavera dello scorso anno all'ambulanza per disturbi visivi all' occhio sinistro, che all' esame si giudicarono prodotti da una cheratite interstiziale piuttosto lieve; per cui non si credette necessaria l' accettazione dell' inferma nel comparto. Dopo alcuni giorni però, malgrado una cura appropriata, anzichè migliorare andò peggiorando; per cui senz' altro venne accettata e collocata nel comparto.

Le palpebre dell'occhio sinistro, in ispecie la superiore, erano alquanto edematose e rosse ai margini; lagrimazione piuttosto abbanbondante, discreta fotofobia. La congiuntiva delle palpebre in leggierissimo grado arrossata, e normale affatto quella del bulbo; il che sembrava non essere in relazione colla lagrimazione e la fotofobia più sopra accennate. La cornea presentava un'infiltrazione diffusa che occupava quasi tutto il perimetro della stessa, lasciando solo uno stretto anello di un pajo di millimetri di membrana trasparente alla periferia. L'opacità di un colore bigio chiaro, si vedeva interessare gli strati profondi

dello stroma corneale, presentando una tinta più satura nel centro, che andava gradatamente sfumando verso la periferia; per cui era possibile di prendere in esame lo stato degli organi più interni, e quindi l'umor acqueo, che appariva del tutto trasparente, e l'iride, affatto normale per colore e struttura. La pupilla però era alquanto ristretta, sebbene apparentemente scevra da aderenze. Sotto l'ispezione si vedevano disegnarsi dei grossi vasi cigliari, che dall'equatore del bulbo si dirigevano verso la cornea, e giunti in prossimità alla stessa, si distribuivano in numerose e finissime anastomosi, in modo da costituire un anello vascolare circumambiente la cornea. L'ammalata accusava un senso di tensione dolorosa al bulbo, e qualche fitta, la quale interpolatamente dava luogo a vere neuralgie, estendentisi a tutto il lato corrispondente del capo.

La diagnosi non poteva più essere dubbia, trattavasi di una *cheratite parenchimatosa diffusa*; e la cura venne intrapresa col metodo antiflogistico blando, colle instillazioni frequenti di atropina; e contro le ricorrenti nevralgie si usarono le injezioni ipodermiche di morfina, e internanente si prescrisse il calomelano.

Ma ad onta del più severo regime dietetico e curativo, l'affezione non mostrava tendenza a risolversi; solo si notavano delle leggieri remissioni nei dolori, come anche nella fotofobia ed epifora. Ai sintomi locali ora descritti, si associarono anche disturbi generali insoliti a manifestarsi nelle comuni infiammazioni corneali, come insonnia, movimento febbrile, brividi di freddo e dolori lungo la colonna vertebrale. Localmente poi l'opacità si era fatta molto più satura, e dall'orlo corneale si vedeva disegnarsi una finissima rete vascolare, che si avanzava per qualche millimetro verso il centro, costituita da esilissimi vasellini, i quali avevano la loro sede al dissotto dello strato epiteliale e non erano in relazione con quelli della congiuntiva bulbare. La pupilla era affatto inerte alle ripetute e forti dosi di atropina, e quello che maggiormente attirò la nostra attenzione, si fù una rilevantissima diminuzione nella tensione bulbare; per cui tosto si ricorse col pensiero alla tisi essenziale del bulbo, descritta da Gräfe e che tal fiata suole manifestarsi nel decorso delle cheratiti parenchimatose diffuse.

Dietro però uno studio accurato del caso si potè stabilire con sicurezza, che intanto la diminuzione nella tensione oculare, *ipotonia* secondo Nagel, era di natura intermittente; e che dessa era costantemente accompagnata da maggior restringimento del foro pupillare, da aumento di temperatura all'occhio e sue dipendenze, e da una più marcata injezione della rete vascolare sviluppatasi nel tessuto pro-

prio della cornea. Oltrechè anche la fotofobia e la lagrimazione si esacerbavano durante l'accesso di *ipotonia*, nonchè tutti gli altri sintomi subjettivi più sopra descritti. Studiandomi di scoprire la causa prossima di un tal quadro di fenomeni, venni nella convinzione che si trattasse di una *paralisi delle fibre vasomotorie endoculari*, che secondo le esperienze di Kussmaul, Tenner ed Adamük, si trovano sotto la dipendenza del nervo simpatico cervicale. Mi confermava poi in questa idea il complesso dei sintomi objettivi e subjettivi presentati dalla nostra ammalata, che trovano perfetto riscontro colle osservazioni cliniche del prof. Nagel; secondo il quale, in differenti stati patologici dell'occhio, si deve aver riguardo alla tensione oculare, e là dove vi esista *ipotonia*, alterazione di temperatura e della mobilità pupillare indipendente questa da materiali impedimenti, si possa con probabilità ammettere una iperemia neuro paralitica, con acceleramento della colonna sanguigna e diminuzione delle interne secrezioni dell' occhio.

Partendo da un tal punto di vista, si cambiò totalmente il piano di cura; si amministrò internamente il ferro e la china, si applicò la pomata di chinina alla località, unita alle fomentazioni aromatiche; ed in seguito si ricorse alla elettricità.

La cura intrapresa valse a frenare i progressi del male non solo, ma anche a diminuire gli esiti funesti che già si potevano intravvedere, per la conservazione della facoltà visiva, causa la densità della opacità corneale. Sventuratamente dopo qualche mese di cura, anche l' altro occhio fù preso dagli identici sintomi; si mise in opera lo stesso piano curativo, e qui si ebbe almeno la soddisfazione, forse perchè fù più pronto l'opportuno rimedio, che l'opacità corneale fù molto meno satura e meno estesa, che nell'occhio primitivamente affetto.

Cessati i fenomeni infiammatorj, a poco a poco scomparve la rete vascolare che aveva invaso il tessuto della cornea; e questo presentava un' infiltrazione bigio-cerulea nella parte centrale che andava sfumando verso la periferia, in modo da permettere all'ammalata di distinguere gli oggetti grossolani e quindi di potersi condurre da sè. Nell'occhio destro specialmente, l'opacità corneale era meno satura ed alla periferia lasciava una zona più larga di tessuto trasparente. La tensione oculare si era ridotta normale in modo permanente e scomparsi erano tutti gli altri sintomi che accompagnavano la malattia, se si eccettuì un embrione di anello pericorneale più palese nell'occhio sinistro.

Onde vedere di troncar del tutto il processo flogistico, che ancora non era completamente svanito, e tentare di favorire l' as-

sorbimento almeno in parte dell'estesa macchia corneale, si praticò l'iridectomia doppia, stabilendo la nuova pupilla verso l'angolo interno inferiore, come il punto più opportuno, essendo ivi la cornea più trasparente in entrambi gli occhi.

Dall'operazione praticatasi si ottenne la completa cessazione dei fenomeni flogistici, la diminuzione dell'opacità corneale e quindi un notabile miglioramento nella funzione visiva; per cui dall'occhio sinistro ad un piede di distanza distingue appena i caratteri più grossi della scala di Iäger, nel mentre che col destro può leggere il N. 17.

L'ammalata frequenta tutt'ora l'ambulatorio, onde proseguire nella cura diretta ad ottenere un rischiaramento nella opacità della cornea.

Occlusione completa dell' intestino vinta da una manuale operazione; — *Lettera del dott.* ARIGO SALVATORE *al prof.* ANGELO SCARENZIO.

Ottimo Collega ed amico.

Nello scorso novembre 1874 io ti inviava una mia breve memoria *Sulle ostacolate interne circolazioni intestinali*, corredata da varie osservazioni, che tu avesti la bontà di onorare di un posto nei Commentari di medicina e di chirurgia; i quali in questa seconda parte redigevi. Il costrutto di quel mio scritto porgeva consiglio ad attivare più audace terapia nei casi di cui era parola; facendo osservare come i consueti mezzi, per quanto meglio impiegati, non corrispondano allo scopo. Oggi con vera soddisfazione posso dirigerti la relazione di un fatto nel quale l'avviso mio, messo in pratica, fù coronato da veramente splendido successo. Non mi perito quindi di esportene la storia nel modo più compendiato che mi sarà possibile.

V. Carlo di Lodi era un onesto commerciante ed abile operajo, della età di sessant' anni; originato da una famiglia sana, mai per l' innanzi ammalato, era stato per molti anni al servizio militare sopportando fatiche e disagi senza risentirne danno. Le di lui forme scheletriche erano regolari, non offriva viscerali alterazioni, le abitudini erano castigate; laborioso e sobrio, era riescito colla sua intelligente industria a convenientemente allevare ed educare una prole numerosa.

La notte del 1° aprile anno corrente, senza che fosse preceduto alcun disordine dietetico, fù assalito da violentissimi dolori colici, che si protrassero per tutta la notte, ed assai violenti perduravano quando io l'ebbi a visitare; al sorgere dei dolori erasi tumefatto il ventre, e l'alvo stava ostinatamente stitico dal pomeriggio del giorno prima. Io ricorsi ai mezzi più usati e semplici, feci ripetute applicazioni di clismi emollienti ed evacuanti, amministrai qualche purga, attivai qualche sedativa frizione sull'addome; ed infatti dopo circa 40 ore di sofferenze, il mio ammalato nel venerdì giorno 2 evacuò ripetutamente l'alvo e provò sollievo grandissimo. Un leggier grado di febbre era susseguito a tanto disagio; e per questi e per gli altri fatti che accennavano a flogosi leggiera, si impiegarono rimedi antiflogistici, tenendo l'ammalato a severo regime. Dal venerdì a tutta la domenica successiva giorno 4, il miglioramento si mantenne in via progressiva; l'ammalato ebbe scariche frequenti, non dolori, e spesso chiese dieta più lauta. Il giorno 5 tornava la stitichezza e si manteneva fino al dì 9 senza che veramente inspirasse inquietudine alcuna, non essendovi nè molestia, nè gonfiezza di ventre, compiendosi le altre funzioni in modo regolarissimo; ciò nullameno si limitava il vitto ad una dieta appena sufficiente, di minestre.

La sera di questo giorno risorgevano di nuovo i dolori, e con essi inutili conati di coproesi svegliavano tenesmo rettale; il ventre tornava a tumefarsi, ed attraverso alle sue pareti, sebbene notevolmente robuste, disegnavansi nelle contrazioni le sottoposte anse dell'intestino. Ancora prima di farmi chiamare il V. aveva ricorso a quei mezzi che già nella precedente settimana aveangli recato vantaggio; ma nessun frutto ottenendone, facendosi di mano in mano più frequenti e più intensi i dolori, di buon mattino ricorse all'ajuto mio.

Il 10 mattina io lo trovavo assai prostrato di forze, con fisonomia affilata, polso piccolo, pelle fredda; accusava violenti i dolori al ventre, che mostravasi tumido e meteoritico, però abbastanza tollerante della palpazione, che non rilevava altra anormalità se non una consistenza più marcata dalla regione epicolica sinistra alla ipogastrica: l'alvo perdurava stitico, s'erano ripetuti i clisteri che tosto erano stati rejetti; una purga di olio di ricino aveva fatta cattiva la bocca, e spesso col suo sapore rivelava di essere tuttora nello stomaco con probabilità di vicino recere: il malato inquieto non sapeva trovar posizione commoda, e con istanza chiedeva gli si facesse evacuar l'alvo. Dietro mio consiglio rinnovavansi le applicazioni di clismi, le frizioni sedative, il bagno. Tutto indarno, a misura che il tempo avanza non solo sono rigettati i clisteri appena applicati, ma ben

anco trovasi difficoltà a scaricare la clisopompa, ed il liquido injettato veniva respinto con violenza; il bagno alleviava il patire ma nulla operava a risolvere il male, lo stesso succedeva dei rimedi calmanti che si attivarono sull'addome. La giornata passava fra le ansie; qualche fuggitiva speme indotta da pochi gas sprigionantisi, pure svaniva; ed alla sera del 10 oltre al quadro sintomatico più innanzi descritto come esistente al mattino, vi s' aggiunsero il singhiozzo ed il vomito di sostanze biliari in cui stavano ancora traccie dell'olio ingesto. Oltre ai tanti fenomeni molesti al malato, quali il singhiozzo, il vomito, i dolori, la gonfiezza, era persistente anche un senso di premito verso l'apertura anale; che faceva provare al sofferente un continuo bisogno di emettere ciò che non poteva e che parevagli occupasse l'escavazione del sacro.

Portando il dito esploratore entro il retto, che lasciavasi facilmente superare per molta rilasciatezza degli sfinteri, mi avvenne di sentire, a qualche centimetro all'insù dallo sfintere interno, un corpo liscio, caldo, elastico, rotondo, a guisa di pelle, che scendeva a metà della escavazione sacrale; questo tumore sospinto colla punta dell' indice mostravasi dolente, e pareva costituito da sostanza liquida insaccocciato nell' intestino.

La gravezza ed importanza della malattia, in confronto anche alla inutilità dei mezzi curativi tentati, il dubbio sulla esattezza della diagnosi, mi consigliarono a ricorrere al sussidio di altro giudizio; e nella stessa sera del giorno 10 vedo il malato in compagnia del Collega cav. dott. Secondo Cremonesi. Questi dopo un attento esame e una diligente esplorazione confermava il mio diagnostico, trattarsi cioè di una occlusione intestinale per diverticolo formatosi nell'ultima porzione del colon discendente, che a guisa di saccoccia tratteneva le materie impedendone in modo assoluto l' uscita e ponendo ostacolo alla introduzione di qualsiasi sostanza dalla apertura rettale.

Onde avere positivo il criterio per dirigere tentativi meccanici a vincere tale occlusione, mediante ripetute esplorazioni si venne d'accordo a stabilire che la parte prolassata dell' intestino fosse la parte anteriore del colon; giacchè il tumore mostravasi continuo anteriormente verso la parete posteriore della vescica, contiguo posteriormente verso l'escavazione del sacro; onde girando la punta dell'indice si provava la sensazione di percorrere un orlo consistente, fisso, tenacemente adeso al sacro, per la pressione che facevano i liquidi ed i solidi che stavano al disopra.

Cerziorata la diagnosi, immantinenti si fece la prova di superare il bordo del tumore verso il sacro, dirigendovi dapprima una cannula di

gomma, poscia (siccome questa si piegava in causa della resistenza che incontrava), portandovi la cannula ricurva della clisopompa, e ciò nell' idea di evacuare i liquidi o le sostanze gasose e diminuire così la tensione del tumore. Si tentava di innalzare, con certa insistente pressione fatta mediante candela di sego, la convessità della tumefazione; ma la cannula di gomma piegavasi, la candela si infrangeva, il becco ricurvo della clisopompa apportava intollerabile molestia; epperciò dopo quasi due ore di infruttuosi conati dovettimo lasciare il malato nelle medesime condizioni locali, e nella generale al certo peggiorato per morale prostrazione e fisico disagio. Insistevamo sulle ripetizione del bagno, e sull'uso di esterna applicazione sedativo-emolliente.

La domenica giorno 11, di buon mattino, io lo rinveniva in situazione ancora più disperante della antecedente sera; il singhiozzo diventato più frequente, il vomito decisamente fecale, i polsi quasi nulli, l'algore cutaneo facevano temere assai vicino il decesso. Di nuovo praticai l'esplorazione, e mi parve che il tumore si fosse di qualche centimetro abbassato, e che lo sfintere ancor meglio fosse dilatabile per aumentato rilasciamento. Allora feci porre il malato supino colle natiche alquanto rialzate; e, seguendo il consiglio di Simon « (Rivista di med. di chir. e terapia, 1872 v. II. pag. 523), » introdussi la mano nella apertura anale, col pollice spinsi in alto la convessità del tumore, coll' indice ed il medio uncinai il bordo verso l'escavazione del sacro; e, dopo qualche minuto secondo di trazione e di pressione, sentii piegarsi il bordo, salire il tumore che stava urtato dal pollice, ed improvvisamente irrompevano copiose materie, solide, liquide e gazzose, che rumorosamente fluivano dal vasco aperto.

Un sollievo immediato tenne dietro a questa improvvisa evacuazione, la fisonomia del paziente rischiaravasi, passando rapidamente da quella di sommo abbattimento alla espressione della più soddisfacente contentezza.

Per tutto quel dì, quasi involontariamente, abbondanti escirono dall'alvo le materie fecali solido-liquide ed assai putrefatte; il malato preavvertiva l'uscita di esse pei movimenti dello intestino, che percepiva, e per borborigmi; ma più non soffriva dolori, e poco dopo il pomeriggio insistendo chiedeva alimenti. Per tutta medicazione in quel giorno applicai qualche cataplasma freddo sull' addome e feci praticare due clisteri con decozione di malva. La notte passò felicissima, ed il mattino appresso assicuravami che ove l'avesse voluto era in suo potere anche di trattenere le materie. Fra queste usciva

qualche traccia di sangue e di pus, feci perciò applicare dei clismi con decotto di china e piccole dosi di acido fenico; il malato passò bene anche il giorno 13

Al 14 il ventre era in totalità detumefatto ed indolente, solo accusava molestia se comprimevasi la fossa iliaca sinistra; era sorto un leggierissimo grado febbrile, però conservavasi l'appetito e l'integrità delle funzioni digerenti. Come era prudente avviso si tenne il malato a brodi, e nessun fenomeno venne a disturbare una convalescenza che erasi iniziata quando si compiva l'atto operativo.

L'insistenza nella applicazione di clisteri, l'uso di qualche bevanda mucillagginosa, la buona igiene, in poco più di 12 giorni portarono l'ammalato a guarigione completa; ed ora che già da un mese ha ripreso il consueto suo lavoro, dichiara di sentirsi ringiovanito e di non provare, nelle ordinarie e regolatissime sue funzioni, molestia alcuna che gli rammenti il male di recente sofferto ed il pericolo corso.

Lodi, giugno 1875.

Contribuzione alla cura della difterite; *Lettera del dott.* ANELLI FRANCESCO *al dott.* DE-CRISTOFORIS.

La mattina del primo di questo mese visitava in Cassina Marchesina, frazione di questo comune, il contadinello Rapetti Angelo, di Giuseppe, d'anni 12, e lo trovava affetto da difterite. Fin dal 29 dello spirato maggio era ammalato per dolor di gola; i parenti però, come al solito, ricorsero a me solo allorquando lo stato del loro figlio si fece allarmante. Stante lo sviluppo intellettuale assai meschino vogliasi de' genitori come del paziente, non potei avvertire se la fenomenologia locale scattò simultaneamente alla generale, onde chiarire la origine locale o meno del morbo in discorso.

All'esame trovai: ragazzetto di grama costituzione, macilento, con segni manifesti di cachessia paludosa (innanzi alla di lui abitazione evvi una risaja); febbre con calore a 39° 1[2; polso 130, volto pallido sparuto, sguardo ebete. Dalle nari fluisce una mucosità purulenta assai viscida e puzzolente, la lingua è sordida per vistoso intonaco gialliccio; alle tonsille[, velopendolo], ugola, retrobocca, rigogliose efflorescenze difteriche, e, come mi toccò vedere altre volte, abbon-

dante secreto muco-purulento faringo-tracheale; leggera tumefazione dei ganglii sottomascellari: anoressia completa, alvo chiuso da circa tre giorni; urina sedimentosa, che cimentata coll' ebullizione si appalesa chiaramente albuminurica.

Con siffatto treno sintomatologico, diagnosticai difterite grave e rimasi titubante nel formulare un preciso pronostico; imperocchè anche la somatoscopia è bugiarda guida nella prognosi di tale malattia. È bensì vero che la precedente e concomitante difterite della sneideriana, gli ingorghi ghiandolari del collo più o meno sviluppati o suppuranti, infine l'albuminuria e più di tutto le emorragie sono di triste augurio: ma io viddi morire fulmineamente con forme ipertossiche ragazzi che non offrirono emorragie, non ebbero albuminuria, con leggiero scolo dalle nari e appena visibile il rigonfiamento ghiandolare. Non so pertanto trovare il vero nesso fra la forma malignissima e l'albuminuria, e parmi possan benissimo esser indipendenti l'una dall'altra. Nè si dubiti che io abbia male esperimentato sulle orine, giacchè il mezzo usato fu l'ebullizione, e l'esperimento venne controllato da altri colleghi. — Nel mio infermo però si poteva propendere a tristi presagi, anche perchè individuo già gramo.

Fatto pertanto rapporto al Sindaco, mi affrettai innanzi tutto a far allontanar gli altri ragazzi che coll'ammalato aveano comune il talamo; indi rivolsi la mente allo studio della cura da istituirsi. Per chi, come è toccato a me, ha veduto e curato moltissimi affetti da tale terribile morbo, pare non dovrebbe tornar arduo al giorno d'oggi l'assumersi il lavoro clinico di un difterico: ma davvero che ci troviamo in tal labirinto da non sapere dove dar di capo per afferrare il fortunato filo d'Arianna. Io aborro dallo scetticismo; *ex nihilo nihil fit.* Gli insuccessi frequenti però mi resero diffidente di molti mezzi terapeutici fin qui decantati e consigliati, e poco fiducioso anche di quelli che talora parvemi giovassero. Nel caso che ci riguarda, considerato, come spiegherò in seguito, che era trascorso il momento opportuno per l'applicazione della causticazione colla pietra infernale, poco propenso ad usare le soluzioni semplici od alcooliche di acido fenico, che, con buona pace di chi le vanta, in mia mano poco corrisposero all'effetto desiderato; tutt'altro che sicuro dei gargarismi di clorato di potassa, di solfito di soda, di soluzioni di percloruro di ferro, di acqua seconda di calce, di acqua Pagliari ecc.; dispiacente che cattiva mostra di sè abbiano fatto nella mia pratica le soluzioni di acido ossalico; non volli ricorrere ai gargarismi con soluzioni allungatissime di sublimato corrosivo, per due motivi: I. perchè se il preparato mercuriale è in dose

omeopatica, anche quando agisca favorevolmente, tarderà troppo a manifestar la sua azione, mentre il male rapidamente incalza: II. perchè ad alta dose non può che nuocere; ma chiamato dalla teoria e dai risultati pratici ad esperire il cloralio idrato, basai su questo solo rimedio la cura locale. Infatti ammesso come substrato delle efflorescenze difteriche l'alga scoperta dal Tigri, anzi ritenuto che le pseudo-membrane ne sono zeppe, e che dalla infesta azione di detto microfito e sua diffusione ne sussegue l'inquinamento generale, emerge palesemente indicatissima una cura jugulativa primitivamente locale; e questa operata a mezzo di un antifermentativo, fiticida per eccellenza.

Se il cloralio idrato, a preferenza dello zolfo, dei solfiti e di tanti altri rimedii esosi alla vita e sviluppo di esseri organici microscopici, debba e sappia tenere il primato nella cura della difterite, è quello che lo studio e le prove cliniche decideranno.

Intanto io prescrissi tre grammi di cloralio in duecento di acqua dolcificata, per gargarismo; i rimedii generali furono: solfito di magnesia a 15 grammi al giorno, diviso in otto parti, da prendersene una ogni due ore sopra bevendovi acqua; e mezzo grammo di chinina in soluzione, da prendere al mattino per tempo.

Il giorno due perseverava lo stato grave del Rapetti, e più perchè i parenti occupati nell'allevamento dei bachi abbandonavano a se il pericolante figlio, che non in causa dell'inefficacia de' presidii terapeutici. Difatto il gargarismo era ancora quasi intatto, le cartoline prese neanche per metà, così pure la chinina. Sgridai la madre per la sua trascuratezza, e additandole il figlio versante in vicino pericolo di vita la istigai pressantemente a seguire a puntino i miei consigli; questo ella fece, ed alla mia visita del giorno tre, trovato il piccol paziente alquanto migliorato, mitigato il calore, più calmo il polso, la fisionomia meno abbattuta, persistente l'albume nelle urine, meravigliai all'ispezione delle fauci ritrovandole quasi libere dall'involucro poltaceo. Ripetei le stesse prescrizioni anche nei giorni susseguenti; e fui ben felice di vedere il mio ammalato, nel giorno otto, alzato da letto, apiretico, liberato affatto dai patimenti della gola, con urine chiare e senza albumina, e discretamente ripristinato nel generale.

Non mi sarei mai deciso a rendere di pubblica ragione questo primo ed unico fatto sebben fortunato; vista anche la mia pochezza, ed intimidito dalle molteplici erudite e saggie relazioni che si succedettero all'altra mia lettera pubblicata in questi stessi *Annali* (vol. 223, anno 1873), anche senza calcolare i classici studii che la precedettero.

Ma questa mattina appena arrivatomi il fascicolo di maggio di questi *Annali*, letta con avidità la bella e sapiente elucubrazione che per la seconda volta espone sulla difterite lo studioso ed arguto clinico di Tunisi dott. Ferrini Giovanni, in omaggio alle costui prudenti pratiche operazioni ed all'uso ch'egli fece di un nuovo possente presidio in un male anche oggi giorno creduto terribile e quasi incurabile, nella lusinga di incoraggiare i colleghi a ricorrervi con animo e fiducia, ho creduto bene di esporre quanto feci ed osservai; pronto, se ulteriori sperienze sfavorevoli me lo imporranno, a ricredermi e metter in avviso i miei confratelli volta chè il detto farmaco non corrisponda di nuovo, o che la sua amministrazione lasci qualche cosa a desiderare.

Non posso però ristarmi dal far certi appunti, suggeritimi dalla lettura dello scritto del sullodato dott. Ferrini; monografia commendevolissima, ma che stimmatizza troppo acerbamente la cura locale coi tocchi del lapis infernale. Appieno concorde coll' egregio collega circa la natura primitivamente locale ed indi generalizzantesi, del processo difterico, riconosco di sommo momento il pensar seriamente al trattamento locale. Ora, in molti casi in cui ebbi la fortuna di affrontare il nemico nel suo primo svolgersi, posso assicurare che sempre trionfai e in breve dello stesso, appunto con quel rimedio che vuolsi condannare all'ostracismo. Per non citarne molti, a scanso di noja, nominerò solo il vezzoso ragazzino del mio amico e distinto collega dott. Pietro Duchini: nell'anno 1873 ebbe la difterite per ben tre volte nel volgere di soli tre mesi; ebbene il tocco colla pietra lo guarì sempre, e fu l'unica cura locale, collegata col chinino ed i solfiti internamente.

Nell'altra mia lettera sopra citata esposi chiaramente come e quando sia utile ricorrere a sì potente rimedio: con tutto ciò credo buona cosa ripetere che si deve far precedere il distacco dell' intonaco difterico, e colla spatola molto innoltrata sulla base della lingua assicurarsi che ogni essudato sia allontanato: è bene sapere che tal cura è efficace solo allorquando il male è prettamente locale, e le pseudo-membrane poche e limitate a piccoli punti. Senza tali condizioni lo strisciar colla pietra è uggioso, doloroso e forse quel che è peggio dannoso. Ho tentato di specializzare i pochi casi di impiego proficuo di siffatto rimedio, sempre nell'idea di non demolire a casaccio. Non azzardo però confidarmi esclusivamente a questo solo presidio; ed ora, che parmi siasi trovato un gargarismo che per l'autorità del sig. dott. Ferrini può nomarsi anti-difterico, mi propongo

e consiglio ai colleghi condividere fra questi due mezzi l' incarico della cura locale...

Aggradisca, ecc.

Senna Lodigiano, 10 giugno 1875.

Utilità terapeutica dell'acido ossalico e del solfo-fenato di chinina nell'angina difterica. — *Lettera del prof.* NESTORE PROTA-GIURLEO, *al chiarissimo dott.* NOÈ CENNI *di Montefolcino.*

Illustrissimo prof. ed Amico.

Vi ho promesso raccogliere alcune osservazioni intorno all' uso terapeutico dell'acido ossalico e del solfo-fenato di chinina nell'angina difterica, ed eccomi a saldare il debito. Però debbo domandarvi scusa se, per meglio combattere il fatale morbo, mi sono arbitrato variare l'ordinario solvente dell'acido ossalico, ed aggiungere l' uso interno del solfo-fenato di chinina; e spero mi accorderete il perdono, in vista degli splendidissimi risultati che con tale cura si ottennero. Non sarà discaro infine se, per maggiore intelligenza, riando un pochino sù fatti precedenti dell'acido ossalico; onde i nuovi lettori si formino un criterio completo della sua azione.

Nella dispensa 24ª dell'*Indipendente*, anno 14° pag. 381, voi, o venerando Professore, con molta ragionevolezza proponeste l'acido ossalico in soluzione gommosa per pennellare le placche difteriche; assicurando che il buon risultato in tre lustri di vostra personale esperienza, e di altri ancora, non fu mai smentito.

Animato da tali assicurazioni, proposi sottoporre anch'io al crogiolo dell'esperienza il vostro metodo.

Una bambina di mia conoscenza fu attaccata dalla difterite in modo violento; la s'incominciò a curare cogli ordinarii rimedi, cioè clorato di potassa in decozione di buonissima china acidulata con acido cloridrico, pennellate di nitrato d'argento ecc., pur non di meno il morbo infierì tanto che i primi sintomi di cancrena apparvero in modo allarmante. Il dott. Francesco Procacci allora acconsentì di tentare l'acido ossalico puro in soluzione gommosa, che io medesimo ho ammanito. Dietro tale rimedio incominciò una favorevole crisi

nelle placche difteriche; il loro sviluppo restò circoscritto, e dopo qualche tempo incominciarono a distaccarsi sotto violenta tosse. Non erano trascorsi tre giorni da che si usava l'acido ossalico, ed il pericolo era del tutto bandito, talchè la piccola inferma ha potuto trangugiare facilmente e con piacere qualche cucchiajo di brodo.

Fu in questa occasione che mi accorsi come l'acido suddetto reagiva in parte colla soluzione gommosa, formando un precipitato bianco (ossalato di calce); il quale necessariamente dovea affievolire l'azione del rimedio. Rimosso tale inconveniente, sostituendo alla gomma acqua distillata, la guarigione della bambina suddetta avvenne con rapidità sorprendente.

In questo anno poi abbiamo avuto una vera e fiera epidemia difterica, senza risparmio di sesso e di età; e tutti i rimedi tornarono letteralmente frustranei. Si ricorse all'acido ossalico, che io resi più attivo sciogliendolo nella glicerina, cioè 15 parti del primo in 100 della seconda (colla quale alla temperatura ordinaria non può reagire e dar luogo all'anidride carbonica, all'acido formico ecc., come alcuno potrebbe supporre) ed usando internamente il solfo-fenato di chinina, il quale si è mostrato immensamente efficace nei casi più violenti e fatali. Le guarigioni furono innumerevoli, e se non temessi la taccia di esagerazione, potrei dire che d'allora in poi nessuna perdita si è più verificata, usando solo questi due semplici rimedi. Talchè quei tali che prima erano restii ad usarli, oggi sono divenuti i più fervidi propugnatori de' loro mirabili effetti.

Questi sono i fatti genuini che ho potuto raccogliere; a voi ora, Illustrissimo Professore, le apprezzazioni scientifiche e patologiche di essi.

Compiacetevi intanto ascoltare quanto sul proposito ha voluto gentilmente comunicarmi il chiarissimo dottor Francesco De Napoli, uomo onesto ed imparziale, sul cui giudizio si può fare pieno assegnamento.

Egregio sig. Prota-Giurleo.

« Nel chiudere una disputa scientifica, che Ella ha sostenuto col chimico sig. D' Emilio di Napoli, scriveva le seguenti parole: » *nello offrire il solfo-fenato di chinina mi proposi rendere un servizio alla clinica e non alla chimica; e pare che molti fatti sulla efficacia e bontà di tale rimedio non abbiano smentito le mie fondate speranze:*

« Ora avendo io avuto l'opportunità di esperimentare questo sale e l' acido ossalico proposto dal valentissimo dott. Cenni, in molti

casi di angina difterica, dei quali se alcuno fu discreto gli altri furono eminentemente gravi, ed ottenuto un risultato favorevolissimo, reputo convenevole dargliene conoscenza, onde possa semprepiù confermarsi dell'utilità di tale suo preparato e dell'acido ossalico nel morbo suddetto.

I difterici, di cui per brevità tralascio la storia circonstanziata, sono stati sottoposti al trattamento terapeutico qui appresso segnato ».

1.° Niuna cauterizzazione, essendomi ormai convinto pei non pochi casi osservati, della niuna efficacia e forse del danno dei caustici.

2.° Fin dall'esordire della malattia gargarismi frequenti e pennellate ripetute di acido ossalico sciolto nell'acqua distillata, in proporzione d'una parte d'acido su venti d'acqua.

3.° Internamente solfo-fenato di chinina, quattro prese al giorno, ciascuna di 5 a 20 centigrammi, secondo l'età e la costituzione dello infermo.

4.° Vitto analettico con buoni brodi e qualche sorso di vino generoso.

5.° Rinnovazione frequente di aria nella stanza dell' infermo, senza trascurare le altre regole igieniche raccomandate nei morbi infettivi.

« Se questi primi fatti non saranno sufficienti a stabilire dei criterii certi in una malattia, per la quale i clinici di tutti i tempi, non esclusi gli attuali, sono grandemente discordi, sia per la sua patogenesi come ancora per la sua terapeutica, varranno almeno ad incoraggiare me ed i miei Onorevoli Colleghi a ripetere le osservazioni, dalle quali poi si avrebbero quelle deduzioni positive che la scienza aspetta da' suoi cultori ».

« Finalmente ho da notare che il solfo-fenato di chinina ha grande efficacia nelle polmoniti suppuranti, e siccome tal prezioso farmaco ha incominciato a falsificarsi dagli ingordi speculatori, sarebbe indispensabile che i signori Colleghi ne dassero a Lei direttamente la commissione, se vogliono essere certi della genuità del farmaco e della sua azione fisiologica ».

Bitonto-Puglie, maggio 1875.

Di Lei Affettuosissimo Amico
De Napoli dott. Francesco.

Gradite sig. Professore gli attestati della mia profondissima stima e credetemi

Obbligatissimo
Nestore Prota-Giurleo.

Il proto-ioduro di mercurio nella cura delle malattie veneree sarà tanto più utile, quanto più verrà dato a dosi ripartite; *nota del dott. cav.* OLIOLI ANTONIO *di Maggiora.*

Discepolo del Ricord, la cui clinica ho seguito negli anni 1848 e 49, continuai molto tempo a dare il proto-joduro di mercurio nei casi ordinari di sifilide secondaria alla dose di cinque centigrammi al giorno in una sola pillola, ad imitazione del mio Maestro; tralasciando poscia l'estratto di cicuta, secondo la sua ultima formola riferita dal Fournier, unendovi cioè solo tre milligrammi di estratto acquoso d'oppio, cinque centigrammi di estratto di lattuga sativa e dieci centigrammi di conserva di rose.

I risultati furono abbastanza soddisfacenti, benchè qualche volta abbia dovuto sospendere momentaneamente il rimedio producente doloretti al ventre, flatulenze e frequenti evacuazioni alvine giallognole, indicanti la presenza del proto-joduro di mercurio amministrato.

Nel 1871 la bella memoria degli egregi prof. Scarenzio e dottor Ricordi sul *metodo ipodermico nella cura della sifilide*, mi diede a pensare. Poscia finirono per scuotermi totalmente gli undici casi clinici riferiti dallo stesso prof. Scarenzio, di guarigioni di sifilidi costituzionali; ottenute in tre di essi, osservati dal prof. C. Lombroso, con appena circa sei centigrammi di calomelano injettato sotto la cute alla tenue dose di un centigrammo alla volta, negli altri otto casi lo Scarenzio ottenne pure la guarigione con soli quattro centigrammi di calomelano injettati in due volte.

Allora dissi fra me: adunque il mercurio, quando viene assorbito dall'organismo, agisce anche in poccolissime dosi, direi quasi omeopatiche. Ciò è tanto vero che se noi, partendo dal falso supposto che il mercurio introdotto nel corpo venga tutto assorbito, ne injettiamo sotto la cute certa quantità (per esempio venti centigrammi di calomelano in una volta), esso desta irritazione, tale da prodursi ben soventi l'ascesso, che può per altro avvenire anche a dosi minore (« Annali Univ. di med. e chir. » Vol. CCXXX pagina 380, 382); e una parte del calomelano viene eliminato alcuni mesi odop, unitamente ad un fiocco di tessuto cellulare, come ebbe a vedere il prof. Scarenzio. (Luogo cit. pag. 379).

Lo stesso deve succedere amministrando internamente il proto-joduro di mercurio, o qualsiasi altro preparato idrargirico.

Ciò posto, perchè dovremo noi, ad imitazione del Ricord, prescrivere nella cura della sifilide secondaria tre grammi di proto-joduro di mercurio, divisi in sessanta pillole, da prendersene una al giorno? Questa invero era la dose che abitualmente prescriveva il Ricord, anche nella consultazione pubblica, quando io andava alla sua clinica, or son già più di cinque lustri. Anzi, come si può vedere alla pagina 531 della seconda edizione 1860 del Fournier « *Lecons sur le chancre professées par le docteur Ricord* », questo celebre professore è giunto persino a dare al giorno sei, otto o dieci pillole, ciascuna di cinque centigrammi di proto-joduro di mercurio, nei casi gravi e persistenti d'iritide sifilitica.

Ora, domando io, non sarebbe forse stato meglio che avesse prescritto eguale numero di pillole, ma composte ciascuna solo di un centigrammo di proto-joduro di mercurio, invece che di cinque centigrammi? Non si sarebbe forse meglio assorbito, e non avrebbe prodotto miglior effetto? Io penso di sì; e questo pensiero è convalidato dalla mia pratica attuale, la quale è basata sul fatto positivo che il mercurio agisce non in ragione diretta di quanto se ne amministra, ma di quanto viene assorbito.

Vedendo adunque che cinque centigrammi di proto-joduro di mercurio dati in una sol volta, secondo la pratica del Ricord, producevano soventi nè miei ammalati doloretti di ventre, flatulenze ed anormali scariche alvine, di colore giallognolo proprio del proto-joduro di mercurio, come dissi più sopra, pensai che buona parte di esso venisse eliminato dopo d'aver recato molestia alla mucosa dell'apparato digerente. Rimediai alla cosa dividendo la pillola del Ricord in cinque pillolette di un centigrammo ciascuna, e facendole prendere ripartitamente nella giornata. Diminuita così l' irritazione locale del rimedio, il lavorio di trasformazione e di assorbimento si fa in modo più continuo e più regolare, e perciò anche il suo effetto si produce in modo più costante e più efficace.

Pertanto la mancanza di qualsiasi disturbo gastro-enterico e gli effetti salutari più pronti, mi persuadono che la mia pratica è basata sopra un vero, che lo stesso mio maestro Ricord, se fosse ancor vivo, non potrebbe disconoscere.

Conchiudo adunque col dire che nell'amministrazione interna del mercurio per ottenerne effetti più efficaci, più pronti e senza inconvenienti, dobbiamo curarci non tanto di crescerne la dose. quanto di aumentarne la sua divisione, perchè possa meglio venire assorbito.

Se quanto ho detto non è specioso, forse non sarà per tornare inutile; perchè vi saranno ancora non pochi de' miei colleghi, i quali

continueranno a dare il proto-joduro di mercurio alla dose di cinque centigrammi in una sola pillola al giorno, come lo prescriveva il Ricord, invece di ripartire la stessa dose in cinque volte, come dalla pratica osservazione fui indotto a fare io stesso con vantaggio.

Studio teorico-pratico intorno ad alcuni argomenti di otojatria; *del prof.* E. DE ROSSI.

Dei polipi, della carie e della necrosi degli ossicini e del temporale, e dei colesteatomi o tumori perlacei del Virchow.

Malgrado quanto si è pubblicato, e non è di mole indifferente, riguardo ai *polipi dell' orecchio* in questi ultimi venti anni, regna tuttora una tal quale incertezza nel comprenderli, descriverli, farne insomma una storia conveniente.

Accadde per i polipi quel che avviene d'ordinario nello studio dei fenomeni relativi all'individuo vivente; molte parti del fenomeno che si esamina sono facilmente accessibili, altre lo sono meno, altre infine sono variabili; e pur troppo l'investigatore non rimane freddo, impassibile dinanzi alla natura, ma si riscalda talvolta la fantasia ed è invaso dalla voglia di spiegare ogni cosa, e dove mancano le ragioni di fatto chiama a supplire l'ipotesi.

Ed invero se così non fosse, non troveremmo certe quistioni bisantine fra il Triquet ed il Bonnafont; che si rinviavano a vicenda alla scuola perchè quest'ultimo voleva che i polipi dell'orecchio fossero cagionati dallo scolo marcioso, ed il primo sosteneva che un umore, uno scolo, non può essere che la conseguenza, non già la causa di una malattia; e che d'altra parte, i polipi del naso si producevano senza scolo di marcia, che quindi anche quelli dell'orecchio poichè avevano il titolo di polipi, dovevano parimenti comportarsi.

Non vogliamo trarre in campo tutte le asserzioni ed opinioni, più o meno bizzarre, che si manifestarono sull'argomento dei polipi. Noi cercheremo piuttosto di sceverare la verità colla sola guida dei fatti, poco curandoci se serviremo, o meno, all' appoggio di già brillanti teorie, od alla costruzione di nuove. Le scoperte istologiche hanno definito abbastanza esattamente, la natura di quei tumori dell'orec-

chio ai quali si deve il nome di polipi; per cui oggi non basta a caratterizzare siffatte produzioni la loro forma più o meno globosa, e l'essere munite di peduncolo; potendosi incontrare questi caratteri anche nelle semplici vegetazioni carnose.

Ma se vogliamo ristringere d'assai il numero dei veri polipi e desideriamo si accordi il nome di polipo solamente a quella produzione che ne mostra veramente i caratteri istologici, non foss'altro per la proprietà del linguaggio scientifico, riconosciamo d'altronde che l'importanza pratica di tali precise indagini, e delle distinzioni che se ne ricavano, non è sempre dimostrabile. Infatti si avrebbe il diritto di trovarci per lo meno prolissi, se per esempio dopo avere in due casi pratici trattato accuratamente le varie quistioni che tuttora si dibattono sulla formazione delle glandole, nel vero polipo, e dimostrato all'evidenza che uno di tali tumori non deve assolutamente annoverarsi fra i polipi perchè mancante dei necessari elementi istologici; si applicasse poi ad ambedue l'identica legatura, e con essa si ottenesse in ambedue la voluta guarigione. Non esitiamo dunque a proclamare, che le esatte ricerche fatte dai moderni sulla struttura microscopica dei polipi dell'orecchio hanno fino ad ora maggiore importanza per il naturalista che per il medico pratico, il quale in ogni caso di vegetazione peduncolata dell'organo uditivo potrebbe con meno proprietà di linguaggio scientifico, è vero, ma senza alcun danno per la cura, continuare come per il passato a fare la diagnosi di polipo.

Riducendo al loro giusto valore le pazienti ricerche dei micrografi, non vorremmo si dubitasse, che noi desideriamo si bandiscano dal campo dei nostri studi, chè anzi facciamo voti perchè si proseguano alacremente, poichè forse un giorno si potrà dalla conoscenza dell'intima struttura di taluni polipi, trarre argomento per spiegare la facilità alle recidive, ed in ogni caso questi studi gioveranno ad illustrare la genesi dei tessuti in genere.

I polipi adunque sono tumori peduncolati, che constano essenzialmente di tessuto connettivo, di vasi, e soventi di glandole: sono sempre ricoperti da uno strato epiteliale, il quale ordinariamente porta ciglia vibratili.

Gli studi dello Steudener e del Kessel sull'anatomia patologica dei polipi dell'orecchio, stampati nel quarto volume dell'Archivio di Otologia, sono oltre ogni dire interessanti, ed a questi noi rinviamo il lettore che voglia avere più ampie cognizioni intorno a questo soggetto.

Due specie di polipi si incontrano nell'orecchio, e cioè i *mucosi*

ed i *fibrosi*. L'aspetto dei polipi mucosi dell' orecchio può diversificare assai dai congeneri che si incontrano nelle cavità nasali. Nei primi infatti la struttura papillare può essere così esagerata da imprimere le apparenze del condiloma.

Il microscopio ci dimostra un tessuto connettivo fondamentale, nel quale, secondo lo Steudener, sono incastrate grosse cellule, fusiformi e stellate, munite di nucleo evidentissimo. Ma quello che contribuisce singolarmente a distinguere queste produzioni dai semplici bottoni carnosi che sogliono svilupparsi sulle piaghe suppuranti, si è la presenza di formazioni istologiche abbastanza importanti e complicate, quali sono le glandole semplici, o ramose, e le cisti nel seno stesso del tessuto.

La presenza dell'epitelio vibratile sulla superficie dei polipi dell'orecchio, venne dimostrata quale un fatto costante dal Baum professore a Gottinga nel 1846, e l'esattezza di questo fatto, tranne rare eccezioni, fu pienamente confermata dagli osservatori che gli tennero dietro.

Non sempre l'intera superficie del polipo è ricoperta dall'epitelio vibratile; sopratutto se il tumore è di un volume considerevole, e raggiunge il meato esterno. In questo caso si scorgono tutte le gradazioni che esistono fra l'epitelio cilindrico vibratile ed il pavimentoso. Le cellule di quest'ultimo allorquando rimangano esposte all'aria, perchè sulla sommità del tumore, ed in prossimità del meato esterno. assumono l'apparenza delle scaglie epidermiche, dalle quali non differiscono sensibilmente. L'epitelio cilindrico si addentra nelle solcature e nelle separazioni formate dalle papille, e può rinvenirsi alla superficie di quelle cavità o cisti, che risiedono nella sostanza fondamentale del tumore. Detto epitelio riveste pure le pareti delle ghiandole tubulari semplici, o dicotome, che come dicemmo caratterizzano questa specie di neoformazioni.

Non meno curiose dell'epitelio vibratile, sono *le cisti* più o meno voluminose che si incontrano in seno al tessuto dei polipi mucosi. Il Meisner (1) ne segnalò per il primo l'esistenza avendole rinvenute in cinque polipi da lui esaminati. Quell'autore volendone spiegare lo sviluppo, si accosta all'idea di Rokitanski che le crede dovute a grandi cellule madri. Le formazioni cistiche che avemmo occasione di ritrovare in un numero abbastanza considerevole di polipi da noi sottoposti all'esame, si rinvennero d'ordinario in tali condizioni da farci propendere per l'opinione dello Steudener; che è quella appunto posta

(1) « Kessel uber Ohrpolypen Archiv », pag. 182, vol. 4.

innanzi dal Rindfleisch onde spiegare l'origine di alcune cisti da lui trovate in un polipo papillare del collo uterino.

L'aspetto delle cavità cistiche, e del loro contenuto, è molto differente a seconda che si esaminano allo stato fresco, ovvero dopo la conservazione nell'alcool.

Allo stato fresco, le pareti sono rivestite di epitelio cilindrico, il contenuto è un liquido, probabilmente mucoso, che tiene sospese cellule bianche, granulose, o rotonde, ed i detritus dell' epitelio disorganizzato.

Quando invece si esaminano dopo che rimasero per alquanto tempo nell'alcool, si trova un contenuto indurito, di forma sferica, bianco come latte, duro al taglio, che si stacca in totalità dalla cellula dove stanzia. Sottoposti questi globetti all' esame microscopico, appariscono formati di granulazioni omogenee, prive di qualunque ordine o struttura. Nel nostro trattato (1871) già avemmo occasione di porgere il disegno di un polipo contenente cisti, dove a poca distanza da una di tali cavità, si vedeva un cilindretto bianco, composto della sostanza stessa contenuta nella ciste. Dopo quell' epoca, più e più volte, potemmo constatare la continuazione del cilindro colla ciste in discorso per cui non esitiamo ad ammettere che si tratti della chiusura di un condotto escretore di glandola, sia essa formata come lo vuole il Rindfleisch, ovvero come lo descrisse il Kessel (1).

Il Kessel studiò le glandole nei varii stadii della loro formazione, ed osservò che dapprima si incontrano alcuni zaffi conici di cellule epiteliali i quali si infossano nel tessuto fondamentale del polipo. In un epoca più avanzata del loro sviluppo, le estremità di questi zaffi si ingrossano e prendono una forma elevata, od anche ramosa, le cellule fusiformi che costituiscono il prolungamento dello strato epiteliale nel tessuto fondamentale, si trasformano in guisa, che quelle che dovranno rivestire l'interno della glandola, si allungano, si dispongono in direzione perpendicolare all'asse dello zaffo, e le più centrali subiscono una particolare degenerazione, per la quale si mutano in detrito granuloso, che viene eliminato, lasciando così libero il lume della nuova glandola.

Lo Steudener invece, seguendo come già dicemmo gli insegnamenti del Rindfleisch, è d'opinione che tanto le glandole, quanto le cisti, siano dovute ad un lavorio adesivo infiammatorio; il quale avrebbe luogo fra alcune papille, l'une alle altre vicine, e perciò mu-

(1) « In Zeitschrift für rat Medicin », von Henle, und Pfeuffer 1853, Bd. III.

tuamente comprimentisi; queste papille finirebbero per saldarsi alla loro estremità, nella circostanza di formazione cistica, ovvero lateralmente e in tutta la loro lunghezza, nel caso di semplice glandola. In ambedue i casi le loro superficie secernenti fornirebbero il liquido mucoso, spinto all'esterno quando siavi lo sbocco libero, accumulato invece quando esso sia chiuso.

Noi parlammo sino ad ora di papille, senza avvertire in quali circostanze esse si rinvengono.

Ci limitiamo ad osservare che le papille si trovano con una frequenza attendibilissima nei polipi mucosi dell'orecchio, sia che essi provengano dalla cute del condotto, sia che essi derivino dalla mucosa della cassa. La presenza di questo elemento anatomico appartenente al sistema cutaneo, non deve farci del resto meraviglia maggiore, trovandolo sviluppato nella cassa, del timpano, di quello che potrebbe farcelo l'epitelio cilindrico vibratile sulla superficie dei polipi aventi loro sede nel condotto uditivo, rivestito come ben si sa, dal comune integumento.

I polipi fibrosi differiscono sensibilmente da quelli ultimamente descritti. Ed anzitutto nel loro aspetto esterno; poichè si mostrano più piccoli dei mucosi, la loro superficie è liscia, od almeno se non è perfettamente liscia, non è munita di grosse papille alla foggia dei condilomi. Le papille che in essi si ritrovano non possono scorgersi ordinariamente ad occhio nudo. La loro consistenza è considerevole. L'esame microscopico li dimostra formati di un connettivo molto più sviluppato del semplice fibrillare, che costituisce lo stroma dei polipi mucosi.

Nella massa del tessuto sono seminate in grande quantità voluminose cellule plasmatiche, stellate, ovvero fusiformi, le quali possedono nucleo e nucleoli visibilissimi, e prolungamenti che si anastomizzano fra di loro. Secondo il citato Steudener l'epitelio avrebbe in questa forma di polipi uno spessore considerevole, e non sarebbe vestito di cellule ciliate, ma invece di cellule pavimentose analoghe a quelle della cute. Nella profondità questi elementi sarebbero piccolissimi, ed avvicinandosi alla periferia, assumerebbero un magnifico aspetto poligonale, perdendo il loro nucleo e la loro forma regolare immediatamente all'esterno, nel modo affatto identico alle scaglie epidermiche.

I polipi fibrosi non contengono nè le glandole, nè le cisti che avemmo occasione di studiare nella forma mucosa.

Che lo studio microscopico di questi tessuti patologici possa essere di grande utilità per l' istogenesi in genere, ce lo dimostrano

chiaramente i lavori del Kessel. Egli si applicò specialmente alla struttura dai vasi, e potè offrire coll'aiuto di molti fatti, valido sostegno alle teorie dello Stricker e del Kusnetzoff riguardo lo sviluppo del tessuto cutaneo.

Le sezioni dei vasi fatte perpendicolarmente al loro lume, mettono in chiaro l'esistenza di uno spazio perivascolare; di guisa che il vaso stesso appare formato di due tubi concentrici, fra i quali si rinvengono cellule bianche, per nulla dissimili a quelle degli essudati. Mentre la parete del cilindro interno presenta i suoi nuclei regolarmente situati, quella invece del cilindro esterno è unita al tessuto circostante ed ha i suoi nuclei disposti senza ordine alcuno. Oltre a ciò dalla parete del tubo esterno si vedono partire sottilissimi filamenti, che formano fra di essi, ed attorno al vaso, una rete, nelle cui maglie si ricettano numerose cellule essudate.

L'intima struttura dei polipi non ci fornisce dati bastanti per conchiudere sul luogo di loro origine. La presenza dell'epitelio vibratile, che si incontra normalmente in tutto l'ambito della cassa, meno la membrana del timpano, come ha posto ultimamente fuori di ogni dubbio colle sue belle preparazioni il Brunner di Zurigo, potrebbe spiegarci in una qualche misura la sua presenza sulla superficie dei polipi che hanno origine dalla detta regione; ma v'hanno d'altra parte fatti bene avverati che contraddirebbero a chi volesse stabilire una regola generale che dichiarasse proveniente dalla cassa ogni polipo munito dell'epitelio cilindrico vibratile.

Il Billroth infatti trattando in un suo pregevolissimo lavoro dei polipi mucosi in genere (1855), ed in un appendice di quelli dell'orecchio, assevera di aver trovato le cellule vibratili sopra sette tumori poliposi i quali tutti avevano sede nel condotto uditivo.

Anche il Meisner, che prima del Billroth si occupò dell'esame microscopico dei polipi dell'orecchio, sostiene; che la maggior parte di essi prende origine dal condotto uditivo.

D'altra parte le formazioni glandulari e cistiche dovrebbero, per analogia di tessuto, trovarsi nei polipi del condotto uditivo; ed invece è indubitato, che si rinvengono con eguale, se non con maggiore frequenza in quelli provenienti dall'orecchio medio.

La mancanza di dati anatomici positivi e speciali, ci spiega la discrepanza che regna fra gli autori nello assegnare la vera origine dei polipi.

Mentre ad esempio i due chirurghi sopra citati ritengono che generalmente queste produzioni prendano loro radice nel condotto, il Trlötsch e con lui la maggior parte degli scrittori recenti, opinano

che dalla cassa provengano: ed anzi il Trölsch in appoggio del suo giudizio cita un caso pratico, nel quale il polipo aveva l' apparenza di essere piantato nella parete superiore del condotto, ma veniva invece dalla cassa sboccando da un' apertura che si era fatta nello estremo interno superiore del condotto medesimo.

La nostra pratica ha generato in noi solida convinzione: essere l' esclusivismo assolutamente nemico della verità; e malgrado le eterotopie che si manifestano riguardo all'epitelio ed alle glandole, non essere meno esatto che i tumori in discorso, possono sorgere tanto dalle pareti del condotto quanto da quelle dell'orecchio medio.

I processi *cariosi* e *necrotici* della catena degli ossicini si incontrano abbastanza frequentemente in seguito alle otiti medie purulente croniche. Non si possono escludere le osteiti primitive dei varii ossicini, ma nella pratica, le due forme di malattia ossea sopra accennate risultano come conseguenza di lesioni profonde delle parti molli.

Nella catena degli ossicini l' articolo che più di sovente va incontro ai processi necrotici è il manico del martello, e dopo questo la lunga branca dell'incudine. La testa del martello, ed il corpo dell'incudine formati, in massima parte, di sostanza spongiosa, soggiacciono d'ordinario alla carie.

Dei tre ossicini la staffa è quella che si conserva più lungamente, malgrado i più gravi disordini della cassa timpanica. Talora però la testina articolare e le sue branche si distruggono, mentre la platina oppone una barriera efficace alla introduzione del pus nel labirinto, e può mantenere, finchè essa rimane, un'udito discreto. Fra le parti ossee che concorrono alla formazione dell'orecchio, dopo la catena degli ossicini, quella che si ammala più di frequente si è l'*apofisi mastoidea*. Ma le lesioni di questa parte sono esse pure raramente primitive; ordinariamente tengono dietro ai disturbi di nutrizione, che hanno loro sede nelle parti molli circostanti, quali il tegumento del condotto uditivo e quello della cassa timpanica. Nella maggior parte dei casi la periostite della superficie esterna è la conseguenza immediata delle infiammazioni sopra accennate, ed è quindi la porzione esterna della apofisi che viene più o meno danneggiata. Ciò spiega gli esiti relativamente favorevoli, che si osservano nelle lesioni ossee di questa regione; i quali esiti non si avrebbero certamente se venisse attaccata da carie e da necrosi la parete interna dell'apofisi, che corrisponde come ognun sa al seno trasverso. Il Gruber di Vienna crede di poter stabilire che in ordine di frequenza, dopo l'apofisi mastoidea,

si ammala la parete superiore, o tetto della cassa del timpano; la quale corrisponde alla fossa media del cranio, ed è sovente bucata per atrofie senili od arresti di sviluppo che vennero studiati dall'Hirtl sotto il nome di: *deiscenza spontanea del tegmen timpani.* Dopo questa regione, in ordine di frequenza, viene il condotto uditivo, e quella porzione di esso specialmente che corrisponde al solco sigmoideo; quindi il pavimento della cassa e la parete posteriore del canale carotideo; più raramente d'ogni altra parte si ammala la porzione petrosa del temporale.

Non è quì il luogo di trattare la storia di queste gravi lesioni ossee, che rientrano nel campo della patologia chirurgica generale; diremo solamente, che fra i varii fenomeni che accompagnano le lesioni ossee, deve essere presa in considerazione la paralisi facciale per guasti del condotto di fallopio. La quale paralisi è ciononpertanto meno frequente di quella che avviene in conseguenza di semplice propagazione della flogosi dalle parti molli della cassa al neurilemma della porzione dura del settimo. Non meno attendibili, come esito di questi danni ossei, sono le emorragie, d'ordinario mortali, provenienti dall'erosione del seno trasverso, ovvero della carotide interna.

Le flebiti pure, ed i consecutivi sintomi di piemia, o di putrido intossicamento, devono annoverarsi fra le conseguenze temibilissime delle lesioni ossee. Finalmente di grandissimo interesse sono quei casi straordinari (uno de' quali avemmo occasione di osservare nella nostra clinica) in cui una grande porzione della capsula labirintica, o tutta intera, esce dal condotto uditivo esterno durante la vita, lasciando l'individuo con paralisi facciale, e perdita completa della sensibilità acustica.

Il numero di questi fatti coscienziosamente osservati, va ogni giorno aumentandosi, e porta nuovi e più dettagliati contingenti ai primi casi pubblicati dal Toynbee nel primo volume dell'Archivio di Otologia. Non v'ha dubbio alcuno che l'osso può essere involto nel processo morboso che affetta le parti molli, talora per ragione di continuità di tessuto, ma certo più sovente perchè gli vengono meno i mezzi di nutrizione somministrati in massima parte dai tessuti molli. Questa ragione serve a spiegare in parte un fatto di osservazione giornaliera, e cioè che le lesioni ossee consecutive alla otite media purulenta, sono rarissime negli individui di robusta costituzione, si incontrano invece frequentemente in coloro che sono inquinati da vizii generali, quali: la scrofolosi, la tubercolosi, la sifilide, ed in tutte quelle malattie acute o croniche che affettano profondamente lo scambio dei materiali nell'organismo.

Prima di lasciare quest'argomento, che il lettore potrà trovare svolto convenientemente nei varii trattati di Otologia, non escluso il nostro e nella particolare memoria del Gruber (1), dobbiamo avvertire; che mentre si incontrano dai pratici serie difficoltà, talora insuperabili, nello stabilire la diagnosi sia dell' ulcera ossea, che della necrosi; altri chirurghi invece, emettono con molta leggerezza il giudizio di lesione ossea in moltissimi e certo troppi casi, sopratutto se lo scolo marcioso dall'orecchio dura da parecchi anni, ed ha quei caratteri, che si assegnavano d'ordinario per il passato alla suppurazione ossea, quali il colorito, il fetore, la sua frequente miscela col sangue ecc.

Pur troppo è giocoforza confessare, che se i sintomi soggettivi, narrati dall'infermo, poco valgono ad illuminare il nostro giudizio diagnostico, neppure sicuri sono quei dati che possiamo raccogliere dalla osservazione diretta, e taluno di essi che potrebbe ritenersi come patognomonico, soventissimo non si può constatare. Ed invero non ci è sempre concesso portare la sonda sulla parte cariata, ed ottenere la sensazione particolare di scabrezza alla quale ogni chirurgo è abituato; neppur sempre l'esfogliazione è sensibile in guisa da dar luogo alla uscita di particelle ossee più o meno voluminose, ma facilmente osservabili senza l'aiuto del microscopio. Questo strumento infine non viene sempre adoperato nel momento propizio, ed ogni qualvolta si esamini microscopicamente la marcia proveniente dall'orecchio che si sospetta carioso, non si ha il diritto di conchiudere alla integrità dell'osso, se l' assenza delle particelle ossee non si è ripetutamente verificata, e ad epoche differenti, e mettendo a prova una considerevole quantità di liquido.

Allorquando il tatto, mediato ed immediato, ovvero la vista, semplice o coll' ajuto del microscopio, ci fecero toccare, o vedere l'osso ammalato; allora solamente abbiamo ragione di dichiarare la diagnosi di lesione ossea.

In tutte le altre circostanze, si potranno avere dubbii più o meno fondati, e semplicemente maggiori o minori probabilità di emettere un retto giudizio.

Dovendo ora dire dei *colesteatomi* di J. Müller, o tumori perlacei di Virchow, ci piace notare anzitutto come la loro origine non sia ancora sufficientemente chiarita; imperciocchè se d'ordinario si accom-

(1) « Ueber Caries des Schläfebeins und der Gehörknöchelchen. » Wiener Medicinalhalle, 1863.

pagnano colle otiti medie purulente croniche, con o senza lesione dello scheletro, si presentano eziandio primitivamente nello spessore dell'osso, e nella cavità stessa del cranio; per la qual cosa non è sempre facile distinguere nel caso concreto, se il colesteatoma fu la causa irritante che provocò la suppurazione, o se esso non è che il prodotto infiammatorio, accumulato per speciali condizioni della regione. Ed in vero le opinioni degli autori che si occuparono di proposito di questa curiosissima produzione morbosa, sono divise. Mentre il V. Tröltsch ritiene che essa debba considerarsi quale prodotto di ritenzione del pus (1). Il Lucae in un pregevolissimo suo lavoro (2), tenta dimostrare la natura sui generis di quel tumore, che non deve confondersi con le masse di pus concreto che non raramente si incontrano nelle cavità dell'orecchio, o con qualunque altro prodotto infiammatorio; come già aveva chiaramente espresso il Virchow (3). Con molta ragione il Lucae si lagna della poca attenzione prestata dai patologi ad un fatto morboso, che occorre nella pratica più di frequente di quello che generalmente si opina, e che è in intima relazione causale con lesioni morbose gravissime quali sono la flebite, la trombosi dei seni cerebrali, la meningite, e gli ascessi del cervello.

Ed invero non è perfettamente giusta la descrizione che di questi tumori ci offre il Tröltsch nel suo trattato. Questo autore dà una importanza esagerata alla presenza dei cristalli di colestearina, che tenta spiegare adducendo il fatto del ristagno del pus, o dei prodotti dell'infiammazione, i quali non essendo più sotto l'impero dello scambio dei materiali dovrebbero decomporsi; e le materie grasse in essi esistenti, e quelle che abbondano nei prodotti delle glandole ceruminose, e sebacee, che in gran numero si rinvengono nel condotto uditivo dovrebbero lasciare in libertà la colestearina, la quale cristallizzando non potrebbe più sciogliersi e quindi assorbirsi. Ma è pur forza il riconoscere, che la maggior parte dei tumori perlacei non si ritrova nel condotto, e che i cristalli di colestearina non sono i soli elementi che caratterizzano il tumore in discorso. Ed anzi tutto, riguardo alla sede, numerose sezioni hanno ormai posto fuori di dubbio, che il tumore perlaceo predilige l'orecchio medio e più particolarmente l'antro mastoideo.

Riguardo alla sua forma e struttura, esso si mostra quale un tumore d'ordinario sferico, di volume variabile dalla grossezza di un

(1) V. Trattato.
(2) « Archiv neue Folge » Erst B. Heft pag. 255.
(3) « Virchows Arch. » Bd. VIII, pag. 371.

pisello a quella di una nocciola, od anche più. Ha una superficie che rifrange la luce come la madreperla, o come l'argento non lustrato.

È macroscopicamente composto di strati concentrici, come quelli dei bulbi di cipolla (zwiebelartigen): esala un odore fortemente ributtante.

Ma ciò che caratterizza queste particolari formazioni morbose si è la loro struttura microscopica. Esse constano essenzialmente di cellule poliedriche, le quali sorpassano grandemente in volume le cellule epiteliali dell'orecchio medio; quelle almeno che sono sulla superficie interna della membrana del timpano e delle cellule mastoidee, poichè il rimanente dell'ambito della cassa è vestito dall'epitelio cilindrico vibratile. Dette cellule presentano invece una tale somiglianza con quelle epidermiche, da renderne possibile lo scambio; e sono appunto questi elementi che prestano al tumore quel colorito perlaceo dal quale trasse il suo nome.

Il Joh. Müller, non avendo in esse rinvenuto alcun nucleo, le riteneva analoghe al tessuto vegetale. Ma Virchow ha poscia messo in evidenza il loro nucleo, ed il Lucae ha sempre potuto scoprirlo ogni qualvolta preparava i pezzi da sottoporre all'esame, col carmino ammoniacale.

Quanto ai cristalli di colestearina, la loro distribuzione nella massa del tumore è molto irregolare; ed anzi il Virchow vorrebbe che si abbandonasse il nome poco appropriato di colesteatomi, poichè non di rado gli accadde di esaminare più strati dello stesso tumore interamente ed esclusivamente composti di cellule poliedriche, analoghe, se non identiche a quelle dell'epidermide.

La presenza del tumore perlaceo nell'orecchio, e particolarmente nell'antro e nelle cellule mastoidee, che sono i luoghi ch'egli sembra prediligere, forma una continua minaccia per la vita; minaccia tanto più temibile in quanto i sintomi che si manifestano sono d'ordinario repentini e di una veemenza straordinaria; di guisa che non raramente, quando il medico arriva a sospettare di colesteatoma per le porzioni di tale prodotto che potè estrarre, o che uscirono spontaneamente dall'orecchio, è già troppo tardi per poter soccorrere il disgraziato che ne è affetto. Ed è qui propriamente il caso di rammentare l'antico ma pur sempre vero adagio *principiis obsta*; imperocchè il massimo numero dei casi osservati durante la vita, o scoperti solamente al tavolo anatomico, riguarda individui ammalati da cronici scoli marciosi dall'orecchio, o tali almeno in cui lo scolo cronico aveva avuto luogo più o meno tempo, talvolta più anni prima. La profilassi adunque di tali pericolosissime formazioni patologiche, deve

riporsi nella cura opportuna, e fatta di buon'ora, delle infiammazioni purulente dell'orecchio medio.

Il quadro fenomenale che si presenta negli individui che portano nel loro orecchio il tumore perlaceo non è sempre lo stesso, e diversifica a seconda delle lesioni prodotte nei varii organi circostanti. L'andamento della malattia generale prodotta dal tumore in discorso è talora quello della flebite dei seni cerebrali, tal altra quello della meningite, tal altra invece quello degli ascessi cerebrali, ovvero della infezione purulenta.

D'ordinario i fenomeni generali si manifestano repentinamente in individui apparentemente sani, e solo molestati più o meno da uno scolo purulento dell'orecchio. Essi accusano forti dolori che si irradiano a tutto il capo. Insorge febbre violenta la quale può assumere un tipo remittente. Si mostrano varii sintomi cerebrali; fra i quali dobbiamo annoverare i vomiti in principio, talvolta le convulsioni, più tardi il sopore, il coma, le paralisi. Finalmente l'ammalato soccombe, o per intossicazione putrida, ovvero per paralisi del pneumogastrico, oppure in un accesso di convulsioni, o nel coma profondo. Fortunatamente l'esito non è sempre letale, sopra tutto se il medico si è avveduto di buon'ora dell'esistenza del tumore perlaceo, ed è riuscito a liberarne le cavità dove si annida. Di tali casi con esito fortunato il Lucae ne riferisce alcuni nella sua preziosa memoria.

Si affaccia ora la questione della natura di questo tumore e della sua origine.

Dalle storie dei casi morbosi si rileva: che il tumore parlaceo, può esistere colla carie del temporale, ma si trova pure senza tale lesione ossea; ed in ogni modo, non è facile giudicare quale delle due lesioni sia la causa, quale invece sia l'effetto. La frequenza d'altronde colla quale si trova unito detto tumore colle produzioni polipose, come venne constatato dal Virchow, dal Gruber, dallo Schwartze, dal Lucae, sembra conferire molto peso alla opinione di quest'ultimo osservatore circa alla origine del tumore perlaceo; opinione del resto che egli fonda particolarmente sopra un caso pratico, e sulla sezione anatomica fatta nell' istituto anatomo patologico di Berlino.

Si trattava di un' uomo di 43 anni, morto in seguito a Meningite e ad ascessi cerebrali. Nella fossa media destra, si rinvenne una perdita di sostanza della dura madre dell'ampiezza di una lente, ed un' ascesso grosso quanto una noce nel lobo temporale; quale ascesso stava in comunicazione immediata colla detta ulcerazione.

In prossimità della perdita di sostanza si rinvenne marcia saniosa e la dura madre per un certo tratto poteva facilmente staccarsi dal-

l'osso; un pus sanioso intonacava pure la sua faccia interna corrispondente all'osso. Quest'ultimo si mostrava [di un colore grigio-sporco; infiltrato di sanie, in nessuna località ulcerato. La cassa timpanica era riempita da una melma bianco giallognola, alla quale erano commiste numerose particelle ossee. Dopo l'estrazione di questa massa semifluida apparve la mucosa fortemente iperemica, e coperta di molte escrescenze polipose. La membrana del timpano inspessita e di un colore rosso azzurro, era perforata in una piccola estensione.

L'osservazione più accurata mise in chiaro: che le vegetazioni polipose della cassa erano ricoperte in molti punti da molteplici strati di cellule epidermiche di un colorito splendente. In alcune preparazioni che furono sottoposte all'esame microscopico dal Lucae e dal dott. Ponfick, si riconoscevano chiaramente le grandi e caratteristiche cellule del tumore perlaceo, formanti un grazioso mosaico alla superficie del tessuto proprio delle granulazioni polipose. Dietro i fatti studii, il Lucae non si perita di stabilire che nel tumore perlaceo v'ha neoformazione di epidermide, e che si tratta quindi di tessuto eterologo.

Secondo questo autore nella maggior parte dei casi, i tumori perlacei sarebbero formati dal cumulo delle cellule epidermiche, che vanno man mano staccandosi dalle [dette granulazioni polipose; e l' ingrossamento del tumore stratificato, e la sua decomposizione sarebbero la causa dei gravi danni generali dei quali abbiamo sopra fatto cenno. Noi non vogliamo certamente ritenere come risolta la quistione riguardante la genesi di tali produzioni, desideriamo solamente che i nostri colleghi italiani si occupino di questo argomento, che merita per la sua alta importanza di essere preso in seria considerazione.

Roma, 29 maggio 1875.

RIVISTA IDROLOGICA

del dottor P. SCHIVARDI, Medico-Direttore dei Bagni d'Acqui

Dammann — *Der Curort Lippspringe.*
Sales Girons — *Lo stabilimento termale a Dax.*
Violini — *Rapporto sull'andamento del servizio nello stabilimento militare d'Acqui.*
Anonimo — *Guida ai Bagni di Casciana.*
Galli Michelangelo — *I fanghi di Trescore-Zandobbio.*
Pavesi — *Nuova analisi dell'acqua della Cornasca.*
De Luca — *Ricerche sperimentali sulla solfatara di Pozzuoli.*
Ria — *L'idroterapia del medico moderno.*
Maj — *Nuova analisi dell'acqua di Boario.*
Schivardi — *I fanghi. Studj di idrologia medica.*
Schivardi — *Le acque solforose e la solfidrometria.*
Brugnatelli — *L'acqua di Monte Alfeo.*
Goldwurm — *Dei bagni ferruginoso-arsenicali di Roncegno.*
Pellegrini — *Relazione sulle acque minerali di Arta e Piano nella Carnia e loro analisi chimica.*
James — *Guida pratica alle acque minerali, ai bagni di mare ed alle stazioni d'inverno.*
Valentiner — *Manuale di balneoterapia generale e speciale.*
Helffts — *Manuale di balneo-terapia.*
Quincke — *Tavole balneologiche.*
Carrara Zanotti — *Monografia dell'acqua minerale del Drago sita nel Comune di Oltre il Colle (Serina).*
Ugolini — *Guida ai bagni di Rimini.*
Brugnoli — *Le Terme porrettane nella cura della tisi.*
Schivardi — *Guida descrittiva e medica alle acque minerali d'Italia, nonchè agli stabilimenti idroterapici, ai soggiorni d'inverno, alle cure col siero di latte e coll'uva.*

Der Curort Lippspringe, seine Heilmittel und Heilwirtungen. (*Il Bagno di Lippspringe, i suoi mezzi curativi e la sua efficacia*); von doct. DAMMANN. Paderborn, 1874. Un vol. in 16 di pag. 60.

Chi ha mai sentito nominare in Italia la stazione balneare di Lippspringe? Fra noi le più note fonti di Germania sono Schwalbach, Hom-

burg, Baden. Eppure anche Lippspringe ha i suoi diritti ad essere più conosciuto, e desta molto interesse sia storico, che idrologico.

Classico è il terreno, istorica è tutta quella pianura che lo circonda; a quella sorgente si collegano avvenimenti importanti, di cui parlarono Dio Cassio, Tacito e qualche secolo più tardi il franco Einhard. Fu là ove nell'anno 11 innanzi Cristo il generale romano Druso oltrepassò il bosco di Teutoburg per giungere fino al Weser, ed al ritorno nel Dörenschlucht non ne potè sortire che con difficoltà, si fortificò nel villaggio attuale Elsen, e vi fondò la cittadella di Aliso. Da qui Varus tenne per 3 anni soggiogati i liberi popoli della Germania, finchè nell'anno 9 dopo Cristo, i sollevati Cheruski sotto il loro glorioso principe Arminio, e nelle gole del vicino Osning o Eggegebirg, sorpresero le legioni romane forti di 25 mila uomini che vi accampavano con piena sicurezza, e le massacrarono offrendole in olocausto agli Dei della patria.

La sconfitta di Varus liberò allora la Germania dal giogo di Roma, la quale più tardi un'altra volta, con Germanicus nell'anno 15 vi irruppe e giunse fino a quel luogo presso Lippspringe dove erano stati seppelliti i trucidati compagni; ma invano.

Nell'estate del 1874 la Germania festeggiò quella grande vittoria, perchè presso Detmold, lì vicino, fu innalzato il colossale monumento d'Arminio, alto 90 piedi, in bronzo ed a perpetua memoria del fatto.

Nell'ottavo secolo in quelle pianure altre battaglie sanguinose. I Sassoni ancora pagani sotto Wittekind vi si scontrarono coi Franchi cristiani condotti da Carlo il grande, il quale colla forza volle che quelli abbracciassero la sua religione e vi riuscì. Le pianure vestfaliche di Lippspringe rosseggiarono di sangue *infedele* e il popolo sassone fu.... convertito!

Carlo rimase a lungo durante questa guerra in Paderborn, e spesso piantò le sue tende attorno a quella fonte. Una immensa quantità di gente vi venne a farsi battezzare, e curioso a dirsi, una delle sorgenti minerali di Lippspringe servì a questo colossale battesimo di 6 mila Sassoni di Wittekind, e si chiama ancora oggi *Jordan* (il Giordano)! Le ruine ricordano la fortezza che Carlo vi eresse, onde la spada difendesse la croce e assicurasse la nuova fede!

Egli vi tornò fra il 780 e il 782, vi tenne adunanze, e divise fra suoi i beni conquistati ai poveri Sassoni.

Attorno a quel castello si aggrupparono case e ne sorse la piccola città di Lippspringe. I Templari più tardi vi ebbero una Commenda e anch'essi vi fabbricarono altro castello più forte, i cui ruderi ancora si vedono. Durante la guerra dei trent'anni ebbe di nuovo a soffrire e quasi scomparire, quando nel 1832 la scoperta della principale sorgente, che si chiamò subito col nome d'Arminio — *Arminiusquelle* — lo trasse all'attuale prosperità. Il governo incaricò subito il prof. Bischof di Bonn dell'analisi dell'acqua. Nel 1836 essa fu ceduta ai privati, che le diedero l'attuale lustro. Il dott. Pieper nel 1841 la illustrò medicalmente, di-

mostrò le ottime condizioni climatiche del luogo, la efficacia delle sorgenti, e ne indicò l'uso.

La media temperatura dell'estate essendo 13°.4 R., ed essendo ben riparato dei venti, il luogo è ora salito in fama anche come soggiorno d'estate per i tisici, principalmente nella forma detta eretistica, quando si ha bisogno di una cura sedativa. È una località tranquilla, senza rumori, senza pretese; con una copiosa vegetazione, colle case tutte circondate da giardini. Quello pubblico è di 5 ettari, e lì vicino vi è una foresta grandissima di pini, che offre campo di belle passeggiate e di buone inalazioni.

L'*Arminiusquelle* ha 21° C., fornisce in un minuto 480 litri d'acqua, dunque quasi 7 mila ettolitri nelle 24 ore. L'acqua è cristallina e molto spumante, con un debole sapore metallico. Dall'analisi ultima di Stöckhardt del 1858 risulta che in 500 grammi d'acqua sta circa 1 grammo di sostanze fisse.

Un pfund di 16 oncie contenente 7860 grani possiede di carbonato di ferro grani 0,1133, di cloruro di sodio 0,2503, 1,7802 di cloruro di magnesio, 6,3114 di solfato di calce, 3,1995 di carbonato, e 6,5080 di solfato di soda.

Il prof. Bischof trovò in 100 cent. cub. di gas dell'acqua: 16,17 di acido carbonico, 4 d'azoto, e nel gas che emana 14,90 di quello e 82,44 di azoto.

È dunque un'acqua solfato-calcica, ricca d'azoto, con sal di glaubero e ferro.

Azioni sue principali la diuretica e la purgativa. Le evacuazioni sono poltacee, e molto colorate di bile. Mai diarrea. Diminuisce subito l'irritazione della tosse, i malati tossiscono meno, e l'espettorazione è più facile. Nei primi giorni anzi questa aumenta, poi diminuisce. Persone che non aveano mai espettorato qui sputano senza tosse. L'acqua eccita molto l'appetito, e ammalati da lungo tempo affetti da anoressia la perdono subito, riacquistano un'ottima digestione e assimilazione, e vi ha quindi aumento nel peso del corpo che di solito è di alcuni pfund, non di rado in 6 settimane di 12 a 20, inclusi i febbricitanti dice l'Autore.

Vi si fanno bagni, riscaldando con vapori caldi l'acqua d'Arminius; essi riescono efficaci nelle pleurodinie, nelle copiose secrezioni bronchiali, nelle grandi vomiche, nelle copiose infiltrazioni, nella disposizione alla emoftoe e nell'enfisema.

Ma la più importante di tutte le operazioni di Lippspringe è la inalazione gazosa. Una sala, chiusa ermeticamente, di 400 piedi cubi di capacità, è in comunicazione diretta colla sorgente. In essa possono stare 8 persone. Il gas si sviluppa col far passare l'acqua minerale mediante pompe sopra un graticcio (*Gradirwerk*). Oltre a ciò vi penetrano i gas che alla sorgente si sviluppano, perchè il pavimento di pietra della sala porta molte aperture in comunicazione con quella. Nel mezzo sta un gran bacino di marmo e da esso sale fin quasi sotto il soffitto un graticcio di spine sul quale vien spinta l'acqua e da qui

divisa per le spine gocciola e lascia sfuggire tutto il gas. Il soffitto è di vetro, e mediante un meccanismo può venir tutto aperto per la necessaria aereazione. Gli orli sono chiusi ermeticamente. Gli ammalati vi restano 2 ore.

Il prof. Lebert nella sua *Klinik der Brustkrankheiten* fra gli stabilimenti in cui una lunga e severa esperienza ha dimostrata una serie di esiti meravigliosi (*eine Reihe überraschender Erfolge*) annovera in special modo Lippspringe e Weissenburg (Svizzera).

Le inalazioni di azoto diminuiscono l'irritazione della tosse, favoriscono più profonde inspirazioni, aumentano la secrezione del muco, diminuiscono l'irritabilità dei nervi, e favoriscono il sonno. L'illustre Schönlein le chiamò *digitalis mineralis*. L'acido carbonico vi è in troppo poca quantità, per poterlo lui pure impiegare.

La presenza del nitrogeno è dunque un importante ajuto per quell'acqua. Furono gli ammalati stessi che trassero su di esso l'attenzione dei medici, perchè sembrava loro che quando erano alla fonte respiravano più facilmente, tossivano meno, e si sentivano meglio. Si trovò allora che nei malati di petto, i quali si dimostravano dotati di una vita eccentrica sanguigna e nervosa, la sua inalazione era un vero balsamo e produceva ottimi risultati, quali, scomparsa dell'eccitabilità nervosa, coloramento regolare della pelle, diminuzione dell'aumentata morbosa temperatura, più profonde inspirazioni, cessazione dell'irritazione della tosse, favorita espettorazione, polsi più molli, e diuresi aumentata. Il dott. W. Fischer, che pure scrisse un libretto su Lippspringe (Berlino 1868, 3.ª ediz.) riguarda queste inalazioni come un rimedio antiflogistico molto al di sopra del valore terapeutico dell'acqua minerale. E così pure il dott. von Brunn, che ha pubblicato testè un altro bel lavoro su Lippspringe (Göthen 1875).

Lo stabilimento termale d'inverno a Dax; per il dott. Sales Girons. *London medical Record*, gennajo 1875, N. 107.

In una sua comunicazione al sopracitato giornale il dott. Sales Girons, ben noto per i suoi studi di terapia respiratoria, rende conto di una sua gita alla fonte minerale di Dax in Francia (Dipart. delle Lande) e che chiama un perfetto stabilimento.

Esso è eretto sopra una sorgente di 140° Fahr. (60°), e una larga galleria di 140 yards dà accesso a tutti i bagni. Nell'estate vi si fa circolare dell'aria fresca, ma in inverno è tutta chiusa e tenuta a 34°.4 e si potrebbe anche renderla più calda coll'aprire alcune porte che mettono alla sorgente. A primo piano una galleria della stessa larghezza e lunghezza disimpegna tutte le stanze dei bagnanti. Il vestibolo, la sala da conversazione, da pranzo, da concerti, ecc., si aprono tutte nella galleria e conservano costantemente quella temperatura. In essa ogni paziente può fare una passeggiata di 280 yards senza aver bisogno di sortire.

L'aria può essere impregnata a piacimento coi vapori dell'acqua mi-

nerale, ed è graduata con varj igrometri posti in varj punti. I gas della sorgente di Dax, che sono particolarmente ricchi in azoto, accompagnano questi vapori, e possono modificare l'aria a piacere con più o meno di ossigeno secondo i bisogni respiratorj dei pazienti.

Anche ogni specie di applicazione d'acqua vi si può fare. I bagni di fanghi che fecero l'antica rinomanza di questa stazione sono applicati nel reumatismo articolare; vi sono bagni e doccie d'ogni sorta, con fluidi, con vapori, con gas, a quella qualunque temperatura, che si desidera. Si può anche unirvi una cura coll'acqua fredda. Vi ha un grande apparecchio per la polverizzazione e l'acqua solforosa di Gamarde, che sgorga alla distanza di due leghe la si impiega per ciò.

Dunque entusiasmo su tutta la linea. Il dott. Sales Girons si esalta a lodarne l'installazione, la temperatura costante da 59° a 68° nell'inverno, i tepidi vapori nell'atmosfera ad inumidirla, l'azoto a correggere le sue asprezze. La località gli sembra destinata ad un luogo antitisico, dove tutti gli elementi di una dieta respiratoria sono riuniti. Dice che è *unica* in Francia come installazione, che è un modello come maison de santé invernale, che i suoi fanghi sono efficacissimi.

In Inghilterra era già quel luogo favorevolmente conosciuto, e lo stabilimento fu consigliato come saggio di tal genere da Daubeny e B. W. Richardson per Bath, che ha acque che non sono così calde, nè così abbondanti come Dax, ma sufficienti, e per la quantità d'azoto superiori forse a Dax stesso.

Del resto le acque sono solfato-calcari come la precedente e ne abbiamo in Italia a Bormio, a Pisa, a Lucca, ecc. dove si potrebbero ripetere i prodigi di Dax. I suoi fanghi poi non sono minerali come ad Abano, Acqui, Battaglia, ma vegetali come le muffe di Valdieri e Vinadia. Sono costituiti da un'enorme alga che vi pullula in quantità.

Rapporto sull'andamento del servizio nello stabilimento militare di Acqui durante la stagione termale del 1874; del capitano medico Violini. *Giornale di medicina militare*, fascicolo di gennajo.

È il primo rapporto ben dettagliato che sia stato pubblicato sullo Stabilimento militare d'Acqui; le precedenti relazioni non comparendo nel *Giornale di medicina militare* che in imperfettissimi sunti. Il dottor Violini, che vi fu nello scorso anno per la prima volta addetto, si è sdebitato del compito suo assai bene, e si può dire che ha fatto un rapporto modello.

Dobbiamo però criticare alcune espressioni poco esatte. Il dott. Violini chiama *idroterapia* ciò che si pratica in Acqui.

Ora questa parola, qualunque sia il suo significato letterale, fu sempre nella scienza adoperata per indicare le applicazioni dell'acqua fredda, e non può perciò essere impiegata per le cure termali che si praticano in Acqui. Chi legge quindi il rapporto del dott. Violini deve credere che in Acqui si applichi l'acqua fredda, tanto più che nel contesto del lavoro

non si fa alcun cenno, come era da prevedersi, del genere di operazioni che vi si danno.

Altra e più grave inesattezza la troviamo a pag. 18.

Queste acque, dice il dott. Violini, *ricchissime di acido solforico*..... Non possiamo fare il torto all'Autore di credere che la parola *acido solforico* sia sua; ammettiamo perfettamente sia un errore di stampa e si debba leggere *acido solfidrico*. Ma come mai il dott. Violini le chiama *ricchissime* d'acido solfidrico; mentre l'analisi del padre O. Ferrario e la recentissima di Sobrero e Schivardi mostrano che sono scarsissime di quel gas, e che le acque non possono classificarsi fra le solforose?

È perciò che non possiamo accettare ampiamente la conseguenza che ne tira, che essendo ricchissime d'acido solfidrico *giovano molto nelle malattie cutanee*. Tanto più sapendo che nello stabilimento militare non giunge e non può quindi essere adoperata per bagno l'acqua del *Fontanino*, che è *discretamente* solforosa, e non vi si usi quindi che l'acqua termale che non è quasi solforosa.

Qualche altra lieve inesattezza avremmo a notare in questo lavoro così ben fatto, quale, per es., a pag. 21 dove si cita la cura *balneo-minerale fredda* di Loeche-les-Bains, nel qual luogo invece si fa una cura caldissima, essendo la temperatura delle piscine fino a 35° C.

Il dott. Violini non accetta la sentenza di tutti i medici che si susseguirono ad Acqui come curanti in quelle Terme, che cioè il fango sciolga il callo delle fratture recenti, ma crede che invece lo restringa, lo costipi in sè stesso e lo renda più compatto. Alla secolare esperienza il dott. Violini contrappone il fatto del capitano L.... il quale si ruppe la fibula e venne appena 4 mesi dopo inviato dal prof. Porta in Acqui. *Il callo non per anco formato definitivamente si consolidò riducendosi nel tempo stesso di volume*, sono parole del dott. Violini. Il quale ne cita pure un altro a lui narrato dal suo predecessore dott. Bobba.

Le operazioni praticate in quello stabilimento militare nella stagione 1874 furono:

Bagni generali e locali	N.	4,603
Fangature	»	5,104
Doccie	»	3,010
Totale . .	N.	12,717

alle quali aggiungendo quelle praticate a militari che abitavano fuori dello stabilimento che sono 1003, si ha una cifra totale di 13,720 operazioni, che dimostra di quale importanza sia quell'istituto balneario.

E questa importanza andrà ancora più aumentando quando saranno finiti i lavori di ampliamento, che il Governo ora vi fa eseguire, e che lo faranno divenire non solo il primo stabilimento in Italia, ma uno dei maggiori in Europa.

Nel Rendiconto del dott. Violini sono poi interessantissimi i casi di

atassia locomotrice progressiva, e i due di *atrofia muscolare*, questi migliorati, quello refrattario; da lui descritti con esattezza scientifica e perfetta cognizione di questi morbi.

Dei due casi di psoriasi, uno non risentì che poco vantaggio, il secondo migliorò immensamente.

Interessante è poi la storia di un caporale, che alla battaglia di Custoza s'ebbe una palla fra i frammenti inferiori del 2.° metacarpo inferiore della prima falange del dito indice della mano destra ove rimase a lungo sconosciuta e incuneata. Da quel posto la estrasse arditamente il dott. Violini, e fu così fortunato di vedere nel suo operato stabilirsi una pseudo-artrosi che permise parecchi movimenti.

Le osservazioni sull'efficacia di quella cura nella scrofola, nella sifilide e sulla polisarcia sono pure interessanti e contribuiscono a completare assai bene questo lavoro, che onora altamente il suo Autore.

Guida ai Bagni di Casciana; per un Anonimo. Firenze, 1875. Un vol. in-8.° di pag. 243.

V'ha una stazione balnearia in Toscana che porta il medesimo nome di *Aqui* come quella famosa di Piemonte, e che fu chiamata nel Medio Evo anche *Bagno ad aqua*. In oggi per non fare confusioni chiamasi *Casciana*, dal nome del villaggio vicino, frazione del Comune di Lari in provincia di Pisa.

Ivi un tempo esisteva il castello d'Aqui, e la *Corte Aquisana*, che diedero il nome ai bagni. Nel poco lontano (chil. 2) *Castello Montanino* ebbe sede ed abitazione la contessa Matilde.

Nessuna ruina, nessuna memoria, che attesti l'antichità dei bagni. La loro scoperta si rileva da una leggenda essere della fine del XV secolo, e l'eroe sarebbe nientemeno che il merlo favorito della famosa contessa Matilde, *la grande italiana*. Questo merlo, al dire dei cronisti, avendo perduto le piume, se ne fuggì vergognoso in fondo ad una palude, dove un segreto istinto o forse la disperazione (!), lo spinsero ogni giorno a immergersi nel pantano. Bentosto tutto il suo corpo fu coperto di pelo, il quale crebbe e divenne penne e delle migliori, in modo che tre settimane dopo l'uccello tornava dalla sua padrona nelle condizioni le più brillanti. Siccome si erano spiati i suoi passi, così i meriti della cura si attribuirono a quell'acqua fangosa. Vi si organizzarono bagni. Le dame, che avevano sofferto nelle capigliatura, vi accorsero subito, e da allora in poi la fortuna del luogo fu assicurata.

La sorgente scaturisce nelle piscine stesse dello stabilimento, che si chiamano sul luogo *crateri*, i quali sono fatti di ghiaja per dar esito più facilmente alle acque. Se ne avranno circa 20 ettolitri al minuto. L'acqua oltre al provvedere le piscine si estrae con pompe e viene tradotta in serbatoi per le vasche e doccie.

Secondo l'analisi di Orosi del 1872 l'acqua da bagno, che ha la temperatura di 36° C., contiene gram. 1,7439 di solfato di calce, altri solfati e un pò di cloruro di sodio. Sarebbe quindi una solfato-calcica come Loue-

che e Bormio. Una seconda sorgente che ha 18° è salata, contiene 1,2645 di cloruro sodico, nonchè acido carbonico, e dicesi perciò *acidula*.

Il dott Chiari, già medico di Casciana, ed ora deputato del luogo al Parlamento, si rese molto benemerito di queste Terme, per quanto avesse anche qui a lottare colle proverbiali lentezze di tutti i piccoli Municipj. Ottenne tuttavia un bel stabilimento e delle piscine.

I fanghi da lui proposti rimasero però un pio desiderio. Il Municipio proprietario non ne volle far nulla. Sarebbero riusciti di gran profitto secondo A. Targioni Tozzetti negli indebolimenti e nelle paralisi parziali, nei turgori e impedimenti da atonia delle parti affette.

Si doveano eseguire col porre nell'acqua termo-minerale quella porzione di fango che bastasse a renderla come una poltiglia, e facendovi immergere l'infermo.

I fanghi constano del loto che l'acqua forma attorno alle pareti e sulla superficie delle acque e della ghiaja che sta nel fondo dei crateri. È un deposito di color rosso-ocraceo, della consistenza di una pasta morbida e delicata, che seccata e polverizzata potrebbe dare un bel colore giallo-rossastro anche per la pittura.

Constano di sabbia minuta silicea parti 30, di carbonato di calce parti 12, di perossido di ferro parti 17.

La *Guida* or ora pubblicata per cura dei proprietarj è più però una *réclame* che un vero libro scientifico. E stampata con lusso, su bella carta, ed a modicissimo prezzo. Un anonimo in XII capitoletti fa esposizione del suo bello stile, della eleganza del dire toscano, e di tutte le leccornie linguistiche, che un appendicista da giornale politico avrebbe potuto ammannire ai suoi lettori usuali.

La parte II.ª è tutta scientifica ed è staccata dall' antico lavoro su Casciana del dott. Chiari da lui pubblicato nel 1867, ed ora esaurito. Ivi il medico annotò tutto quanto era utile a sapersi, diede i caratteri fisico-chimici e l'analisi delle acque, nonchè gli effetti terapeutici che se ne ottengono, e sarebbe bastato forse riprodurre tutto ciò, corredandolo con una nuova analisi, che sarebbe pure necessaria.

I fanghi di Trescore-Zandobbio. Osservazioni del dottore Galli Michelangelo. Bergamo 1874. Un opuscolo in 8.° di pag. 14.

È una chiara, esatta e ben svolta critica dei fanghi di Trescore, colla quale si sostiene essere richiesto dalla scienza e dalla pratica un perfezionamento nel modo di composizione e di applicazione dei medesimi. Essi sono una poltiglia composta del limoso deposito delle acque solforose e di *mota raccolta dalle spazzature dei fossi vicini agli stabilimenti dei bagni.* Ora siccome quelle acque solforose contengono una piccola quantità di materie insolubili e terrose, così lasciano un deposito tenuissimo di limo, il quale non entra nella composizione del fango che nella proporzione dell'un per cento.

Raccolto il fangaccio impuro in un serbatojo, vi si aggiunge dell'acqua minerale, la quale mescendosi in molle poltiglia vi deposita i suoi

principj mineralizzatori, formando così i fanghi che da secoli si usano a scopo curativo. Quando nella stagione opportuna si ammanniscono per uso medico, gli è necessario passarli ad un cribro di metallo per sceverarne le materie grosse minerali e vegetali che contengono. In tal modo preparati risultano una poltiglia fluida, di colore plumbeo oscuro, ruvida e sabbiosa al tatto, poco o nulla tenace, quasi inodora, avente una temperatura media di 19° C.

Ed ecco come si applicavano un tempo. Disteso il paziente sopra una barella, si esponevano ai cocenti raggi del sole le membra da medicarsi, spalmate da sottile strato di fango, rinnovando a brevi intervalli la spalmatura, perchè il primo strato non essicasse, e difendendo alla meglio il resto dal corpo dalla luce e dal calore solare. Questo barbaro sistema ebbe vita per secoli, e a siffatta tortura si sottopongono ancora talvolta gli infelici che vi si recano! Il dott. Galli crede perfino che i vantaggi ottenuti li si dovesse piuttosto all'azione del calore solare, anzichè dalla superficiale ed omeopatica spalmatura del fango!!

In seguito non fu più possibile esporre ai raggi cocenti del sol di luglio sopra una barella un povero paziente, perchè questi cominciò a ribellarsene. Si mutò sistema; al letto di Procuste, dice il dott. Galli, se ne sostituì uno di rose!

Fu il dott. Pasta che lo consigliò. Alla sera prima di coricarsi si pennellano le membra ammalate con liquidissimo fango freddo, indi si avvolgono in pannilini, All'indomani il paziente si sveglia con una vernice secca, e va a tuffarsi in un bagno per liberarsene e ricominciare alla sera successiva. Per cui prima si applicavano troppo caldi ed ora troppo freddi!

Propone quindi giustamente il dott. Galli che si abbandoni affatto quell'inutile poltiglia, si fabbrichino i fanghi artificialmente con argilla e poi si lascino in capace ed adatto serbatojo per un anno a contatto coll'acqua minerale. L'aggiunta dell'argilla servirà a dare ad essi quella plasticità e tenacità di cui ora mancano, e che si trova nei più famosi di Abano e Acqui. Siccome poi le fonti di Trescore non sono termali, così l'Autore propone di riscaldare il fango fino ai 40° o 45° C. Ciò non deve costar molto, avuto anche riflesso che il numero degli accorrenti è molto minore che ad Abano e Acqui, tanto più che in Trescore l'operazione principale è il bagno, perchè le acque sono forti, mentre negli altri due è il fango.

Nuova analisi dell'acqua della Cornasca fatta dal prof. A. Pavesi. Milano 1874. Un opuscolo di pag. 8.

Noi fin dal 1860 nella nostra *Guida alle acque minerali d'Italia* avevamo fatto osservare che l'acqua detta della Cornasca presso Regoledo, per quanto il P. O. Ferrario e il dott. Tonini vi avessero trovato acido carbonico, iodio, ferro, ecc., e classificata acidulo-salino-magnesiaco-ferruginosa-jodurata (!!!) non fosse che una semplice acqua da bevere, e ciò per analisi qualitativa propria, e per il fatto che il pro-

prietario stesso avea rivolto ad altro scopo (idroterapia) l' acqua medesima.

Ma ciò non valse a togliere alla fonte quelle qualità negli scrittori di cose idrologiche, e quindi vedemmo nei recenti lavori di Orosi (*Enciclopedia medica*), di Perone, e perfino nella stessa *Statistica ministeriale* ripetuto quell'errore.

Siamo quindi lieti di pubblicare la nuova analisi fatta da quel distinto chimico che è il prof. Pavesi, dietro iniziativa dell'illustre Medico Direttore di Regoledo cav. dott. Zucchi, per la quale è dichiarata *una buona acqua potabile, con qualche poco di carbonato di soda che la rende più facilmente digeribile.*

Ecco l'analisi quantitativa;

In un litro d'acqua si contengono:

Carbonato di soda	gram.	0,026
Carbonato di calce	»	0,186
Carbonato di magnesia . . .	»	0,034
Solfato di calce	»	0,010
Residuo solido totale per litro . .	»	0,256

Ricerche sperimentali sulla solfatara di Pozzuoli; del prof. S. De Luca. Napoli 1874. Un vol. in 8.° di pag. 104, con tavole.

La solfatara di Pozzuoli è il cratere di un antichissimo or semiestinto vulcano. Ha una estensione di circa 35 ettari, per la massima parte ricoperta di abbondante vegetazione; in pochi siti il suolo è nudo, in altri è caldo e scottante. Delle molte fumarole che vi sono una è grande e manda fuori vapori in abbondanza con rumore simile a quello che produce una macchina a vapore in azione. A questa fumarola si è dato il nome di *bocca della solfatara* e la sua temperatura è di 112°. Nell'interno di essa si condensano solfuri arsenicali e principalmente il *risigallo* o *realgar*, e verso la parte esterna si sublimano molti composti ammoniacali e di ferro. L'esterno della bocca è tappezzato da un' alga che si presenta di un bel color verde misto al gialliccio.

Vi sono diverse grotte, due delle quali emanano vapori caldi, una a 35° C. l'altra a 45°. In esse si possono prendere dei bagni a vapore. In tutte le grotte poi, sieno calde sieno fredde, si produce dell'allume, che ne riveste le pareti interne sotto forme diverse.

A circa 10 a 12 metri di profondità si rinviene nel suolo della solfatara un'acqua termo-minerale, la cui temperatura media è di 52° C. Si è costruito un pozzo per attingervi l'acqua.

Nel suolo della solfatara vi è una terra argillosa, che pel suo colore grigio piombo vien detta *piombina* e serve a fabbricare l'allume. Un'altra terra vi si chiama *bianchetto* e lo si usa come stucco, e per preparare tinte coloranti.

Il suolo rimbomba con percussione e per ciò credesi che vi sieno molti vuoti e porosità nella parte interna di essa.

Le terre si usano per solforare le viti, per distruggere la filoxera, e per concimare i terreni.

Vicino alla bocca vi sono altre fumarole, ma i gas ed i vapori non sortono con fischio. La temperatura di queste fumarole secondarie è di 97° C. Da tutte si svolge gas acido solfidrico, ed un pò d'acido carbonico. Dalle analisi del De Luca risulta che vi si trova anche dell'acido solforoso, proveniente dalla trasformazione del primo. Egli trovò anche che i prodotti gazosi che si trovano nell'interno della bocca della solfatara non sono identici a quelli che si raccolgono a 3 metri di distanza. Da lunghe ed accurate ricerche da lui fatte risultò pure che qualche traccia di composto arsenicale proveniente dalla grande fumarola debba immettersi nell'atmosfera del cratere della solfatara, fino alla distanza di 10 metri da essa.

Questo è un fatto importante perchè proverebbe la efficacia che dicesi essere stata osservata di quell'aria sui tisici. Il De Luca pubblica una dichiarazione del dott. Abele Franza, dalla quale risulta che un tisico polacco il quale per suo consiglio recavasi a stento ogni mattina sopra una cavalcatura dentro il cratere e vi rimaneva mezz'ora a respirarne quei vapori, in 15 giorni ebbe notevole miglioria e nel breve giro di due mesi fu in grado di tornare nei suoi paesi.

Anche le due grotte sunnominate si possono considerare come vere fumarole per i gas ed i vapori che in esse si svolgono, e che si immettono nell'atmosfera per la parte superiore della apertura della grotta. Nell'atmosfera interna si riconosce l'idrogeno solforato non tanto per l'odore quanto per l'annerimento dell'acetato di piombo.

Invece le emanazioni di puro gas acido carbonico vi sono rare.

L'acqua minerale che come abbiamo visto rinviensi alla profondità di 10 a 12 metri, è di sapore alquanto astringente, ha la temperatura di 45° quando si scava il suolo; quella in un pozzo rivestito di muro segna 52°. La densità è di 1,0024. Non ha odore, non contiene nè gas acido carbonico, nè idrogeno solforato, nè acido solforoso.

Ma ciò che è importante e nuovo è che l'acqua della solfatara ha reazione fortemente acida, e l'acidità è dovuta principalmente all'acido solforico libero in essa disciolto. Queste acque quindi arrossano le carte di tornasole e lo sciroppo di viole, scompongono facilmente i carbonati. Oltre a quell'acido libero lo contengono combinato alla allumina, alla potassa, all'ossido di ferro, alla calce, alla magnesia, ecc. Altro fatto importante, il ferro vi si trova allo stato di protossido, tanto che il solfocianuro di potassio non vi produce la benchè minima colorazione.

Nelle acque che si trovano per molto tempo a contatto dell'aria vi si trova anche allo stato di sesquiossido ma non in grande proporzione, poichè al disopra del liquido vi è sempre una atmosfera di vapore acquoso che limita l'azione dell'ossigeno atmosferico. L'acido solforico li-

bero è più abbondante in quelle che contengono il ferro come protossido. Il vetriolo verde vi è in grande copia e potrebbe servire alla fabbricazione del bleu di Prussia; ma la quantità del solfato di ferro non è costante.

Le prime ricerche analitiche su quest'acqua non mostrarono indizi sicuri sulla presenza in essa di composti arsenicali, ma la presenza non dubbia nelle terre della solfatara, la condensazione in forti proporzioni di solfuri arsenicali presso la bocca, l'azione estremamente energica dell'acqua a cicatrizzare antiche piaghe cancerose e nel guarire le malattie della pelle lo lasciavano fortemente sospettare. De Luca riuscì a riscontrarlo coll'apparecchio di Marsh evaporando l'acqua al decimo. Vi trovò oltre a ciò traccie di manganese.

Le esperienze sugli ammalati, aggiunge il De Luca, in quasi tutti gli spedali di Napoli, si continuano su vasta scala per determinare con precisione gli effetti che detta acqua produce. E seguono infatti nell' opera moltissimi attestati di medici napoletani, che addimostrano l'efficacia dell'acqua della solfatara nelle dermatosi, nelle piaghe cancerigne, nei dolori reumatici, ecc.

Ecco la sua composizione chimica quale la constatò il prelodato prof. De Luca. Un litro d'acqua contiene:

Acido solforico anidro	1,473
Cloro	0,008,5
Protossido di ferro	0,111
Calce	0,101,5
Magnesia	0,023
Potassa	0,017
Allumina	0,335
Silice	0,315,5
Ammoniaca	0,014
Soda, manganese, sostanze organiche azotate, (tracce); acqua basica dell'acido solforico libero, perdite, ecc. . . .	0,332,5
Totale grammi	2,730

L'efficacia sua terapeutica è fondata sulle sue qualità chimiche. Essa è acida, stitica, coagulante, astringente, detersiva; non va quindi usata nelle malattie che necessitano le acque alcaline. Contiene arsenico che in oggi si ritiene uno dei migliori rimedj contro il tubercolo.

L'aria poi che si respira dentro al cratere della solfatara e principalmente in vicinanza alla bocca e delle stufe naturali servirà assai per inalazione arsenicale e questo *è il grande avvenire di quel luogo* come disse il prof. P. Cipriani. Ed è tradizionale l'utilità che dalla residenza in Pozzuoli traggono i malati di petto. Alcuni casi di guarigione riporta ancora l'Autore a meglio convalidarla.

Ultimamente poi si è cercato di trasportare l'aria della solfatara in palloni di gomma elastica a domicilio degli infermi per farla loro respirare e se ne possono, dice l'Autore, annunziare soddisfacenti risultati.

L'uso dell'acqua non è più ora limitato alla cura delle piaghe scrofolose, varicose, erpetiche, cancerose, delle fistole, degli scoli uterini e vaginali, ma è esteso all'uso interno nelle malattie in cui sono indicati i rimedj coagulanti, i tonici, gli astringenti.

Si usa per bagni generali e per bagni locali, a temperatura calda o meno. I primi negli indebolimenti generali e locali, nelle malattie cutanee e articolari. I locali nelle varici applicando filacce e compresse bagnate nella stessa e nelle varie piaghe. Se ne fanno injezioni negli scoli vaginali e uterini, e bagnandone le filaccie si applicano sul collo uterino.

La nuova analisi dell'acqua minerale di Boario. Lettera del dott. S. Maj al dott. P. Schivardi. Nella *Gazzetta Medica It. L.* del 1874.

Questa fonte era stata analizzata nel 1840 dal prof. Ottavio Ferrario che in 10 mila grani avea trovato 000,016,75 di solfato di protossido di ferro. Perciò in tutti i libri di Idrologia era stata classificata fra le *ferruginose solfate.* Parve al dott. Maj, medico del luogo, che i risultati che vi si ottenevano non corrispondessero a quell' analisi, e per ciò si rivolse al prof. Pavesi di Milano per una nuova esplorazione. Eccone il risultato:

Un chilogramma d'acqua contiene:

Solfato di magnesia . . .	grammi	0,0662
» di calce	»	2,1750
» di soda	»	0,0177
Carbonato di ferro . . .	»	0,0200
Cloruro di potassio . . .	»	traccie
» di sodio	»	0,0076
Allumina idrata	»	traccie
	Sostanze fisse, grammi	2,2865

Quest'acqua d'ora in poi deve quindi essere classificata fra le *saline*, ordine delle *solfato calciche* o selenitose, come Bormio. Non più dunque alle ferruginose solfate, come l'analisi del padre Ferrario lo indicava.

Il prof. Polli suggerì di somministrare i principj minerali, nell'acqua contenuti, in forma di cioccolattini ; oppure il deposito che fa sulla roccia dalla quale scaturisce, o sui ciottoli che bagna, raccolto e polverizzato, potrebb'essere impastato colla cioccolatta, per farne cioccolattini medicinali, ciascuno dei quali dovrebbe contenerne non meno di un decigrammo e se ne amministreranno da quattro o cinque al giorno. Con questo mezzo si avranno molto più facili le spedizioni, e si renderà possibile l'approfittarne anche in particolari circostanze.

Applicate queste acque per uso esterno agiscono come astringenti, disseccanti e detersive, e sono perciò opportune negli esantemi umidi e

nelle piaghe croniche suppuranti. Per uso interno il dottor Maj vorrebbe consigliar l'acqua nella cura delle ulceri recenti dal ventricolo, e nella rachitide. Siccome agisce come solvente e minorativa, attivando la secrezione dei reni e delle ghiandole intestinali e quindi è razionale applicarla nei catarri cronici di vescica e gastro-intestinali, nelle stasi venose del ventre, negli emorroidarii, negli infarcimenti di fegato e di milza, nel torpore intestinale.

Le ferruginose, dice giustamente il Maj, sono eccitanti toniche e stitiche; queste sono solventi, lassative, diuretiche. Le prime rinsanguinano; queste sono debolmente deprimenti. Le prime sono controindicate in ogni infiammazione e sub-infiammazione; queste possono benissimo amministrarsi nelle sub-infiammazioni, motivo per cui spesso il loro uso dispone alla cura di quelle.

L'idroterapia del medico moderno studiata secondo la fisiologia e la clinica, del dott. G. Ria. Napoli, tipografia dell'Ancora L. 6.

Il *Galvani*, giornale di idro-elettroterapia, annuncia nel suo fascicolo di dicembre 1874, pag. 551 che quest'opera presentata dall'Autore come lavoro originale, non è che la pura e semplice traduzione letterale, con pochissimi mutamenti, dell'opera classica e ben nota sull'Idroterapia di Fleury.

I fanghi. Studj di idrologia medica; del dott. P. Schivardi. Il *Galvani* fascicolo di settembre del 1874.

I depositi, che le acque minerali formano lungo le località che percorrono, sono sempre stati sfruttati a beneficio della umanità soffrente. L'Autore ha voluto farne uno studio apposito ed esaminarne i più famosi, dandone la composizione e le indicazioni terapeutiche.

I più frequentati in Italia sono quelli di Abano, Acqui, Battaglia, Trescore, Porretta e constano principalmente di silice, d'argilla, con carbonati di calce e magnesia, più le sostanze delle acque minerali in cui stanno. Si danno fanghi anche nelle stazioni d'acque ferruginose, ma in questo caso sono i depositi di ocra che si formano dove l'acqua scorre.

In Francia i luoghi di bagni più rinomati per i fanghi sono Barbotan (Gers) al sud di Bordeaux, e Saint-Amand al nord presso Lille. In Germania lo sono quelli di Franzensbad, Marienbad, Pistjan e Teplitz in Ungheria. Abbiamo già detto più sopra che i fanghi di Dax non appartengono a questo genere ma sono *muffe*, cioè alghe compatte, a placenta molto grossa, e che vegetano in un'acqua caldissima.

Le acque solforose e la solfidrometria; del dott. P. Schivardi. Nella *Gazzetta medica it. lomb.* N. 33, 36, 39 del 1874.

L'Autore, il quale avea già fatto praticare nel 1871 una nuova analisi dell'acqua termale di Acqui dal prof. Bunsen di Heidelberg, ha voluto completarla col determinare la quantità di gas acido solfidrico che trovasi nelle varie sorgenti minerali di Acqui. Insieme col distinto chimico prof. Sobrero di Torino egli ha proceduto alle sue investigazioni col solfidrometro di Dupasquier di cui fu molto soddisfatto. Egli dice

anzi che basta una *burette* di Gay Lussac e che l'unico inconveniente trovato, si è che l'apertura da cui gocciola il liquido esploratore si ottura facilmente, perchè quando si arresta per qualche inciampo od osservazione non si può più far scendere il liquido. Si rimedia a questo piccolo inconveniente col soffiare nel tubo, o col far passare un crine per quella apertura.

Quattro sono le sorgenti d'Acqui. La *bollente* in città segna 75° e va perduta. La *termale* per bagno con 45°, la *tepida* per bibita con 35° e la *fredda* pure per bibita sgorgano nei pressi degli stabilimenti. Ed eccone la ricchezza in gas acido solfidrico:

Bollente	centim.	cubi	2,0982
Calda	»	»	1,3988
Tepida	»	»	2,4480
Fredda	»	»	19,5847

Risulta quindi da questa analisi solfidrometrica, dagli Autori ripetuta più volte a maggior sicurezza, che la sola sorgente *fredda* detta del *Fontanino* o del *Ravanasco* merita il titolo di *solforosa*, e che le altre due non sono che *clorurate-sodiche*, *termali* e leggiermente *solforose*.

Dopo di ciò l'Autore fa la rivista coi relativi confronti delle acque solforose d'Italia e dell'estero, ed in fine vi aggiunge uno studio sull'inalazione gazosa e sulla polverizzazione delle acque minerali.

Analisi dell'acqua di Monte Alfeo; pel prof. Tullio Brugnatelli e dott. P. Pelloggio. Nei *Rendiconti dell'Istituto Lombardo*, fasc. IX.

Sembra certo che i Romani conoscessero le acque di Sales, e che le impiegassero in bagni medicati. Non pare quindi ammissibile, che non avessero anche scoperta la miniera di Monte Alfeo, dove lo zolfo anche oggi appare alla superficie dei terreni in una quantità apprezzabilissima. È sorprendente che nessuno si sia mai occupato di quella fin verso la metà del secolo scorso, in cui fu da un certo Rovello di Tortona denunziata al governo piemontese come sconosciuta e ingegnosamente scoperta da lui.

Varie commissioni di persone competenti furono allora inviate sui luoghi, si studiò l'estensione e la ricchezza della miniera, e nel 1774 il governo incaricò il Rovello di intraprenderne la coltivazione a spese del tesoro pubblico. Nel 1775 si cominciarono i lavori coll'apertura d'una galleria, il cui imbocco è ancora visibile sulla riva sinistra della Staffora, nella vallata, a pochi metri dalla sorgente di Monte Alfeo. Questa galleria era praticata nella marna situata sotto un primo strato di gipso e si dirigeva da nord a sud. A 250 metri circa al nord-ovest di questo punto, e sulla riva destra di un torrente vicino, fu aperta un'altra galleria che avanzandosi verso sud-est si metteva in comunicazione colla precedente. A un chilometro da questo, sulla riva destra del torrente Robiale se ne apriva una terza.

Una grande quantità di zolfo fu estratta in molti anni di lavoro dal

seno di quella montagna, e ne rimase la tradizione in paese. Vent'anni sono i vecchi lo narravano ancora. Oggi bisogna contentarsi della tradizione e della testimonianza non meno preziosa d'una specie di fabbrica antica e sufficientemente vasta costrutta a quell'epoca e destinata alla depurazione del zolfo.

Sembra che la causa della sospensione dei lavori si debba attribuire a ciò che non si diede libero sfogo alle acque solforose ed alcaline che corrono negli intervalli degli strati, per cui si dovette limitarsi agli strati superficiali. Rovello stesso era incapace, e non cercava che il suo interesse non curandosi di quello dello Stato.

In seguito le complicazioni politiche fecero a poco a poco dimenticare Rovello e la sua miniera, fino al punto in cui egli non ricevendo più fondi dal tesoro, liquidò il poco che potè raccogliere e lasciò tutto in abbandono. Poi vennero le guerre napoleoniche, ed il governo piemontese più tardi non pensò più a riprendere i lavori interrotti, e così per l'azione degli agenti atmosferici le gallerie si ostruirono a poco a poco. Questa importante miniera fu ridotta allo stato di terreno inesplorato, e il governo l'abbandonò con tutta freddezza.

Il dott. Ernesto Brugnatelli medico sul luogo avea tentato con una società francese di far rivivere l'antica industria, affinchè l'estrazione dello zolfo fosse eseguita su vasta scala e con un metodo perfetto; ma non riuscì.

Allora si rivolse a sfruttare l'acqua minerale, la quale è ben differente per la sua composizione e per la intensità della sua mineralizzazione da tutte le altre solforose, ed ha la temperatura di 11°5 C.

Egli la fece esaminare da suo fratello il prof. Tullio, che la studiò col prof. Pelloggio, e ne presentarono l'analisi all'*Istituto*. Eccola:

Acido solfidrico . . .	centim. cubici	88
Acido carbonico . . .	» »	32,4
Azoto	» »	18,5
Bicarbonato di calce . . .	grammi	0,212
Bicarbonato di magnesia . .	»	0,034
Solfato di calce	»	0,735
Solfato di magnesia . . .	»	0,794
Iposolfito di calce	»	0,019
Solfato di soda	»	0,465
Cloruro di sodio	»	1,129
Iodio	»	0,006
Silice	»	traccie notevoli
Ferro	»	traccie
Sostanza organica	»	0,550
	grammi	3,944

Quest'acqua è adunque rimarchevolissima, tanto per la enorme quan-

tità d'acido solfidrico, quanto perchè contiene l'iposolfito di calce e moltissima sostanza organica, non che jodio e solfato di magnesia.

L'acido iposolforoso trovasi in quest' acqua allo stato di sale calcare.

La sostanza organica, che accompagna tenacemente ogni precipitato, sembra essere della natura di quella che chiamasi *baregina* o *glairina*.

Ora quando si pensi che la più forte acqua solforosa d'Italia, che è quella di Tabiano, non ha che cent. cub. 62 di gas acido solfidrico, mentre questa ne ha 88, si vedrà qual immenso avvenire le spetti. Il paese nostro, se l'egregio proprietario riesce, verrà ad essere fornito di una stazione minerale da far invidia all'estero; dove l'inalazione gazosa potrà essere praticata su vasta scala; dove tutte le pratiche balneari potranno riuscire perfettamente e dove scaldata l'acqua in vasi chiusi con serpentino a vapore si potranno avere bagni di una forza grandissima e graduabile.

Possa l'egregio dott. E. Brugnatelli raggiungere il nobile intento che si è prefisso, e riuscire a darci uno stabilimento modello.

Dei bagni ferruginoso-arsenicali di Roncegno, per il dott. Corrado Goldwurm. Feltre 1875. Un opuscolo in 8.° di pag. 52.

Ecco una fonte che sorge appena e che tenta già rivaleggiare con Levico. Anch' essa trovasi nel Trentino, anch' essa contiene arsenico, anch'essa solfato di ferro e solfato rameico, anch'essa il manganese. Se non può ancora vantare le belle illustrazioni di De Cristoforis, di Pacher, di Perugini, di Soresina, ecco il dott. Goldwurm che ne incomincia degnamente la serie.

Roncegno è grossa borgata nella Valsugana trentina, sulla sinistra sponda del Brenta, sopra un altipiano che incominciando dalle falde del monte Tesobo lentamente discende fino a Borgo. Questo è il capoluogo della valle, di cui Strigno e Levico sono due piacevoli paesi. Roncegno forma Comune con altri villaggi, e Tesobo da cui pure prese nome l'acqua, è un antico castello che giace sul monte d' egual nome.

L' acqua è di recente scoperta; fu analizzata nel 1858 dal chimico Manetti, quel medesimo che fece l'analisi di Levico; il luogo dove sgorga si chiamava dai terazzani *Buco del tossico*, perchè anticamente vi si scavava l' arsenico.

Non per fare la *reclame* ad alcun stabilimento, ma per puro scopo scientifico, ho tracciato la seguente tabella, la quale a colpo d'occhio dimostra la quantità dei principj mineralizzatori più importanti nelle due fonti congeneri di Roncegno e di Levico:

	Roncegno	Levico	
		Acqua da bibita	Acqua da bagno
Arsenico	Gr. 0,0670	Gr. 0,0009	Gr. 0,0008
Ossido ferrico	» 2,0400	——	——
Acido solforico di quest'ossido	» 2,0390	——	» 0,0295
Solfato d'ossido ferroso . . .	» 0,3840	» 0,4668	» 4,9004
» d'ossido rameico . . .	» 0,0270	——	» 0,0470
» manganoso	» 0,1420	traccie	traccie
Carbonato ferroso	——	» 0,0671	——

Conviene qui poi osservare che nei lavori su Levico di De Cristoforis e Soresina è sfuggito un errore di stampa per quanto riguarda la quantità d'arsenico nell'acqua da bagno, che vi viene data per 0,0610, che è invece la cifra dell'acido silicico, il quale prese per sbaglio quella dell'acido arsenioso.

Bisogna anche notare che nel libro di Manetti nell'acqua da bagno di Levico vien data la quantità dell'acido *arsenioso*, per quella da bibita è data invece quella dell'*arsenico* e in questa di Roncegno si parla di *acido arsenicico*. I grammi 0,067 di questo, corrispondono a 0,057 *d'acido arsenioso*. I due serbatoi di Roncegno sono capaci fra tutti e due di ettolitri 7280 d'acqua minerale, per cui questa non sarà mai per mancare. Lo stabilimento è nuovo, possiede per tutta la lunghezza della sua facciata un porticato con colonne di pietra, che offre agio ai balneanti di passeggiare al coperto in tempo di pioggia; a pianterreno ha 30 gabinetti da bagno con vasca di pietra e tre rubinetti, uno per l'acqua minerale che viene chiuso dall'inserviente dopo che ne ha lasciato uscire la prescritta quantità, gli altri due per l'acqua comune calda e fredda. Il primo e secondo piano sono destinati per l'alloggio dei balneanti.

Secondo il dott. Goldwurm fra le varie malattie per le quali quei bagni salirono in riputazione, primeggiano quelle degli organi genitali della donna. Anche contro la sterilità, dice, godono rinomanza. Egli porta poi alcune storie di casi interessanti, quali: afasia, paralisi mimica di Bell, nevralgia al collo della vescica, isterismo, atassia locomotrice, emiplegia traumatica, emiplegia con alalia, diabete zuccherino (insuccesso), idroemia, paralisi agitante, psoriasi, che più o meno migliorarono o guarirono.

Relazione sulle acque minerali di Arta e Piano nella Carnia e loro analisi chimica, per Giovanni Pellegrini. Udine, tip. Seitz. Un volumetto in 32.° di pag. 37.

Nella più ampia e popolata valle della Carnia, detta *Canale di San Pietro*, ne'remoti tempi *Valle Giulia*, ora Circondario di Tolmezzo, provincia di Udine, vi ha il Comune di Arta con una popolazione di quasi tre mila abitanti. Si crede generalmente che in questo luogo Giulio Cesare avesse aperta una via militare che mettesse ad Aquileja, ed ancora in

due rupi veggonsi iscrizioni romane relative a ristauri di questa via. La valle è formata dal torrente Bût. — Da Udine, stazione ferroviaria sulla linea Venezia-Trieste, a Tolmezzo sonvi chil. 46. Da qui ad Arta chil. 10.

Vi sono due sorgenti. L'una è marziale e va perduta nelle ghiaje del Bût. L'altra è nota fin dai più antichi tempi, sotto il nome di *Acqua Giulia* o *Acqua Pudia*, corruzione di *aqua putens*. Nel 1847 il professor Ragazzini ne faceva la prima analisi accurata, e fra poco il professor Cossa ne pubblicherà altra già eseguita. Scaturisce da un calcare argilloso nel largo letto del torrente Bût, fra Arta e Piano, a 500 M. di distanza dal primo. Fabio Q. Ermacora da Tolmezzo nel suo libro *De antiquitatibus Carniæ*, pubblicato sul declinare del secolo XV, parla già di questa fonte come di cosa notissima. Altri pure ne fecero cenno più tardi. Ma non fu che sul finire del secolo scorso che se ne fece una illustrazione medica dal dott. Puppi, rimasta però inedita, e poi dal medico provinciale Marcolini. Nella carta topografica del Regno Lombardo-veneto, pubblicata nel 1838 dall'Istituto topografico militare in Milano, è segnata come acqua minerale. Nel 1831 un dott. Cragnolini ne avea fatto argomento di una dissertazione per laurea.

L'acqua minerale è senza colore, limpida e trasparente come terso cristallo quando sgorga, e tale si mantiene anche dopo parecchi giorni dentro una bottiglia affatto piena capovolta in un bicchiere pure pieno della medesima. Nell'aria invece si fa, dopo poche ore, torbida ed opalina, e deposita un leggiero sedimento bianco perlaceo; sedimento che notasi anche sui ciottoli su cui scorre l'acqua. L'odore è forte di uova guaste, sensibile alla distanza di 50 e più metri dalla fonte. Il sapore è disgustoso, che dà un poco nell'amarognolo ma fugace. Alla scaturigine si veggono dal fondo ascendere a brevi intervalli delle bolle aeree, che giunte al sommo dell'acqua spariscono. La temperatura è di 12° C. Secondo l'analisi del prof. Ragazzini di Padova, quest'acqua contiene grammi 0,0082 pari a cent. cub. 5.37, del cloruro di magnesio e del solfato di magnesia.

Gli accorrenti alla fonte prendevano alloggio nei due paesi vicini, dove si trovavano degli alberghi, e delle famiglie private che affittavano qualche stanza. Nell'albergo dei fratelli Jacotti vi erano anche vasche da bagno e vi si trasportava l'acqua. Ora invece un'impresa privata assunse l'appalto, vi eresse uno stabilimento vicino alla fonte abbastanza buono, e l'Impresa stessa calcola di utilizzare anche l'altra fonte marziale, che come si disse va perduta. Nello stabilimento vi ha posta, medico, farmacia, caffè e ristorante con tavola rotonda ad ore determinate.

Il concorso è di 500 persone sia della provincia, sia della vicina Trieste. Sarà poi ancora maggiore quando sarà costrutta la ferrovia della Ponteba. Non vi saranno allora che 10 chill. in vettura.

Il primo effetto di quest'acqua, già osservato da tutti i medici anche di remota età, è di tenere il ventre obbediente alle persone che lo hanno

tardo, e di leggermente purgare gli individui deboli o soverchiamente irritabili nelle intestina. E ciò lo si comprende dal solfato di magnesia che contiene. È digeribilissima per quanto contenga quasi un grammo e mezzo di gesso e passa facilmente per le orine. Le infermità nelle quali è pregiata sul luogo sono anche qui le malattie cutanee; poi le malattie degli organi del respiro e quelle del basso ventre.

Guide pratique aux eaux minérales, aux bains de mer et aux stations hivernales. (*Guida pratica alle acque minerali, ai bagni di mare ed alle stazioni d'inverno*) del dott. Costantino James. 9.ª Edizione. Parigi G. Masson. Un vol. in 16.° di pag. 733 con una carta itineraria e magnifiche vignette.

Il successo ha fin qui accompagnato questa guida, che ha raggiunto già la 9.ª edizione, e che è pubblicata con un lusso a cui noi non siamo abituati. Le vedute degli stabilimenti sono molte, tutte in rame, e stampate con una precisione ed una nettezza ammirabili. Il dott. James conduce il suo lettore a tutti i bagni d'Europa. Ci ha lui pure il suo articolo *science et patriotisme*, nel quale presenta un parallelo fra le acque minerali estere e francesi a benefizio di queste. Questo parallello, per limitarmi alle fonti italiane, è poco esatto. Ad Abano oppone Dax e Chaides-aigues, ad Acqui Saint-Amand e Barbotan. Quest'ultimo confronto è giusto, ma non il primo; perchè avanti tutto non v'ha differenza fra i fanghi di Acqui e di Abano, poi a Dax sonvi fanghi vegetali, muffe, come fra noi a Valdieri e Vinadio. Più inesatto ancora è quando contrappone a Monte Catini, Vichy e Vals, perchè queste sono acque bicarbonate, e quello possiede acque saline e purgative.

Chi scrive queste linee era stato incaricato dall'illustre autore di rivedere tutta la parte che riguarda l'Italia, còmpito che si assunse ben volontieri. Ma non vorrebbe per questo assumere anche la responsabilità di tutto ciò che è comparso stampato. La città d'Acqui vede a pag. 265 ripetersi l'antico epiteto di tutte le precedenti edizioni del dott. James, di *ville fort laide*, che io avea ommesso perchè non lo merita. A pagina 286 si parla ancora d'un *royaume de Naples*, a proposito delle sorgenti napoletane, che io certo non ho lasciato passare. All'articolo Recoaro a pag. 268, io avea messo: *Hôtel Giorgetti bien tenu*, è comparso invece la dizione di tutte le precedenti edizioni: *Villa Giorgetti ou régne un luxe princier*, che è un'offesa alla verità. Abano e Battaglia non vorranno certo accollare sulle mie spalle le espressioni che li riguardano a pag. 524: *aujourd'hui encore ces bains ne se recommandent que par les souvenirs qui s'y rattachent*! Come non saranno molto lusingati della introduzione che li riguarda: *Abano! Voilà une station thermale qui ne figurait dans aucun de nos traités d'hydrologie* (?) *avant que ne parût le mien*, mentre in tutte le vecchie edizioni si trovava: *que nul touriste n'inscrit sur son carnet, que les meilleurs Guides du voyageur mentionnent a peine....*!!!

Io avea poi pregato l'autore che in omaggio alla giusta nostra suscet-

tibilità nazionale volesse ommettere alcune parole della vecchia edizione, dove parla del suo colloquio coll'ex-re di Napoli; ma quelle parole ricomparvero tali e quali in questa edizione. Eccole: ..... *ainsi s'explique comment, dans son ancien royaume de Naples, son souvenir* (dell' ex re!!) *est dans tous les coeurs, son nom sur toutes les levres, et comment pour beaucoup les regrets ou peut être les remords du passé* (!!) *sont tempérés par les espèrances de l'avenir*! Stampare questo nel 1875 è un pò troppo forte, e si potea serbar un culto all'ex-re di Napoli senza offendere in questo modo il sentimento nazionale di un intero popolo. E dire che il dott. James è cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro!

Handbuch der allgemeinen und speciellen Balneo-therapie; (*Manuale di Balneoterapia generale e speciale*) del dott. Th. Valentiner medico a Pyrmont. Berlino, Reimer, 1873. Un vol. in 8.° gr. di pag. 580.

Handbuch der Balneotherapie (*Manuale di Balneo-terapia*) del dottor H. Helffts, pubblicato e aumentato dal dott. Giorgio Thilenius medico a Soden am Taunus. Berlino, Hirschwald, 1874. Un vol. in 8. gr. di pag. 716.

Mettiamo vicine queste due opere che tendono a dare un saggio della scienza idrologica in Germania.

La prima non è opera di un solo. Theodor Valentiner fu il direttore della compilazione, e trattò la *parte generale* e le acque *ferruginose*. Le acque *alcaline* le studiò Grossmann medico di Ems; le *amare* e le *salate* come bibita, il dott. Diruf medico in Kissingen; le *salate* per bagno il dott. Niebergall di Arnstadt; le *solforose* il distinto dott. Reumont di Acquisgrana; le *solfato calcari* il dott. Stoeker di Wildungen; i *Wildbäder*, cioè le acque indifferenti, Baumann di Schlangenbad, i bagni *marini* il dott. Mess medico di Scheveningen, gran stazione marittima sul mare del Nord; *l'acqua fredda* Petri di Laubbach; e finalmente (capitolo X) la *climato-terapia* W. Valentiner e Fr. Camerer.

Questo concetto, di dividersi il lavoro fra varie persone competenti per lunghi studj e per provata esperienza su d'un dato argomento, ci sembra felicissimo; solo è molto facile che l'opera in fine riesca sconnessa, vi sieno ripetizioni ed anche talora vi si manifestino opinioni contrarie su dati punti. Ciò non è avvenuto però in questo *Manuale*, perchè il direttore ha saputo distribuire il lavoro dei collaboratori, e poi rivederlo accuratamente. Per ciò ne è riuscito un tutto armonico e completo.

La seconda opera ha il merito di essere alla sua 8.ª Edizione, prova questa come si studii in Germania l'argomento. La pubblicò finchè visse l'Helffts, che ne fu l'autore, e le diede forma classica; morto lui la riprodusse aumentandola e correggendola il Thilenius, nome strano ma pur vero d'un illustre Idrologo e Climatologo tedesco.

Le acque minerali sono divise in VIII Classi, e cioè *alcaline*, *solfato-sodiche*, *ferruginose*, *salate*, *amare*, *solforose*, *solfato-calciche*, *indif-*

ferenti; divisione barocca, e che dovrebbe essere sostituita da altra più semplice.

Per le fonti italiane poi le inesattezze sono grandi. Basti il dire che è notato fra i nostri stabilimenti idropatici a pag. 270 uno a Cernobbio, diretto da un dott. Curtius; uno a Regoledo fra Belluno (!) e Varenna diretto dal dott. Bono; una Villa d'Este presso Cernobbio con un dottor Signoroni. E tutto ciò nel 1874!

Balneologische Tafeln (*Tavole balneologiche*), del dott. Quincke. Berlino Hirschwald 1873.

È un lavoro ben ideato e ben riuscito. L'autore, che è docente privato di Idrologia a Berlino, si propose di rappresentare graficamente la composizione e la temperatura delle più importanti sorgenti minerali, in modo che si possa con un semplice colpo d'occhio giudicare della forza e quindi dell'indicazione d'ogni singola fonte.

Sono 11 tabelle in cromolitografia. Ogni principio mineralizzatore ha il suo proprio colore o segno, il quale quindi s'avanza di tanto su d'una tavola, divisa come tutte le tavole grafiche in altrettanti quadrati, quanta è la quantità del medesimo.

Comincia colle acque *indifferenti*, fra cui Plombières, Glastein, Pfeffers, ecc., ed è strano vedere quanto piccola sia la quantità di sostanze che contengono, in confronto alle altre tabelle che ne sono ripiene. Poi vengono le acque *alcaline*, con Vichy, Ems, Vals, ecc. La più forte, che riempie tutta la tabella è Luhatschowitz, per la quantità di principj fissi, per il bicarbonato di soda; invece vengono dopo Vals e Vichy. Fra le *alcalino-saline* (cioè con cloruro di sodio) Tarasp figura di più per principj fissi, ma per il solfato di soda Marienbad. Nella tabella delle *acque amare* impongono per l'estensione delle linee colorate Püllna, che occupa tutta la larghezza della tabella, poi Friedrichshall. Tra le *semplici clorurate-sodiche*, Soden, poi Homburg; Kissingen sta molto indietro; fra le *clorurate-sodiche termali* Rehme e Nauheim; e unito vi ha la tabella per le acque del mare atlantico, mar del Nord, e Mediterraneo.

Fra le *clorurate-sodiche con iodio e bromo* primeggia Elmen, poi Wildegg, ultima Saxon nel Vallese. Nella tabella delle *solforose* per quantità d'acido solfidrico presentasi prima Neundorf, poi subito Eilsen; per la quantità di solfuro di sodio Baden presso Vienna. Schwalbach primeggia fra le *ferruginose* per la quantità d'acido carbonico libero, per la quantità di ferro Bocklet e Wildungen, poi Schwalbach, Spa, Pyrmont. Ultima tabella è quella delle *solfato-calciche*, e qui figura per la prima ed unica volta una fonte italiana, Bormio, la sola delle nostre che abbia avuto l'onore di esservi accolta e che rimase l'ultima. Tra le fredde di questa classe sono Wildungen, Lippspringe, Insel; fra le calde Loueche, Baden presso Zurigo, Bath, e Bormio.

Ad ogni modo è un'opera di pazienza e diligenza, che meriterebbe venir fatta anche per le fonti italiane.

Monografia sull'acqua minerale del Drago sita nel comune di Oltre il Colle (Serina); dal dott. Carrara Zanotti Luigi. Negli *Annali di Medicina pubblica e idrologia* N. 12 del 1874 ed in opuscolo separato di 52 pagine in 32.°.

Oltre il Colle è un piccolo Comune di circa mille abitanti nel circondario di Zogno, provincia di Bergamo, tutto cinto da altissimi monti. Non vi ha neppure un grosso accumulo di caseggiati, ma questi sono sparsi quà e là sul ridosso del monte o nelle praterie. È distante chilometri 35 da Bergamo.

Sgorga circa mezzo chilometro dalla chiesa parrocchiale del paese, verso nord-est. Vi si trova un bacino spontaneamente formatosi entro roccie marnose, dal fondo del quale scaturisce insieme a molte bolle di gas un'acqua torbidiccia e in tanta quantità da muovere costantemente alcuni molini senza cessare mai. Sembra fosse conosciuta fino dai più antichi tempi. Il primo che ne parlò fu un poeta nel secolo VII; dopo di lui il dott. G. Pasta, nel suo *Trattato sulle acque minerali* del Bergamasco (1796), fa menzione di questa sorgente; poi G. Mairone da Ponte in un suo Dizionario odeporico, il dott. G. L. Carrara nel suo opuscolo su San Pellegrino, Trescore, ecc.

Appena attinte le acque sono torbidiccie, ma abbandonate al riposo dopo due giorni si fanno limpide e presentano un piccolo deposito melmoso. La temperatura è + 5° C. L'acqua non ha odore nè sapore marcato, solo un pò fangoso. Non arrossa la carta di tornasole, ma ripristina alquanto l'azzurro a quella arrossata da un acido. Gravità 10023.

L'osteria del Drago di nuovo costrutta tiene alloggi, buona cucina e servizio. In essa vi ha l'ufficio postale. Nel Comune, specialmente nell'estiva stagione, abbondano i latticini per il numero grande di mandre che pascolano nei vicini monti, vi hanno eccellenti vitelli, buoni gallinacei, e nel fiume Parina un'ottima trota. Il locale che vi esiste per accogliere i balneanti verrà migliorato onde renderlo corrispondente ai bisogni. Insomma è una stazione che si fa. Naturalisti e geologi vi rinvengono vasto campo pei loro studi.

Si istituirono su quest'acqua ricerche chimiche nel 1847 da una Commissione scelta fra i membri della Facoltà Medica di Pavia, che si limitò ad un'analisi qualitativa. Altra simile fu fatta nel 1854 dal professor G. Polli. Manca dunque ancora una analisi quantitativa. Si sa solo che ha gas acido carbonico, sali di magnesia, bicarbonati di calce e ferro.

Guida ai Bagni di Rimini compilata da Ruggero Ugolini. Lucca 1874. Un volumetto in-32.° di pag. 112.

Rimini è venuta ultima a collocarsi fra le stazioni per i bagni di mare in Italia; ma vi è venuta splendidamente. Il suo stabilimento, costrutto su disegno dell'ing. Urbani, è riuscito uno fra i più belli d'Italia. Occupa un'area di m. q. 40 mila, compreso il fabbricato ed il piazzale, di cui 1944 spettano al primo. La direzione igienica fu affidata al prof. Paolo Mantegazza.

La *Guida* fa la storia del luogo con stile brioso; e l'Autore non dimenticò un piccolo codice igienico pei bagni di mare, che tolse dall'*Igiene della pelle* del prof. Mantegazza e dai bizzarri precetti di Dutroleau sui bagni di mare. Il tutto si legge con piacere.

Le Terme porrettane nella cura della tisi polmonare. Proposta ed Avvertenze del prof. G. Brugnoli. Bologna 1875. Un opuscolo in-4.° di pag. 18.

È un lavoro che l' Autore, succeduto al defunto Paolini nella direzione medica delle Terme della Porretta, ha letto all'Istituto di Bologna; collo scopo di provare la grande rassomiglianza di costituzione chimica che hanno quelle acque con altre straniere, rinomate nella cura della tisi, e di combattere l'errore esistente in molte riputatissime Guide alle acque minerali che esse non convengano affatto in questo morbo.

Noi non sappiamo quali sieno queste *riputatissime Guide* che hanno dato l' ostracismo ai tisici per le acque della Porretta. Crediamo di aver una raccolta ben copiosa di Guide e di Monografie, e in nessuna abbiamo trovato ciò espresso. Delle sorgenti porrettane alcune sono solforose, altre clorurate sodiche, e da molto tempo in tutti i libri d'Idrologia e in tutte le Guide si consigliano le acque di questo genere nella cura delle malattie polmonari e nella tisi. Chi abbia dato la proscrizione dei tisici a Porretta come acqua solforosa o clorurato-sodica non lo sappiamo.

Sale d' inalazione o di polverizzazione a Porretta non ne esistono, come non ve n'ha in alcun luogo in Italia per le acque solforose, meno che a Tabiano, ove per iniziativa del dott. Schivardi ne venne quest'anno una per la prima volta istituita. L'Autore crede che si possa supplirvi col dimorare nei corridoi e negli stanzini dei bagni. Non conviene però dimenticare che il gas porrettano consta di cent. cub. 861 di idrogeno protocarbonato, di 003 di idrogeno bicarbonato, e di solo 003,78 di gas idrogeno solforato in 1000 cent. cub. Questa prevalenza enorme di un carburo può permettere di paragonare Porretta alle altre stazioni solforose, può riuscire utile nella tisi? Potrà essere quel gas separato dagli altri, perchè si possano avere inalazioni di gas acido solfidrico, quando si inviano i malati nei corridoi?

Sono dubbj che presentiamo all'egregio Autore.

Guida descrittiva e medica alle acque minerali ed ai bagni d' Italia, non che agli stabilimenti idroterapici, ai soggiorni d' inverno, alle cure col siero di latte e coll' uva; del dott. Plinio Schivardi. Un vol. in 8.° legato all'inglese, di pag. 600 con 32 vignette. Milano, Brigola editore.

Ci si permetta che sulla fine della nostra Rivista segnaliamo questa seconda edizione, migliorata ed aumentata, venuta or ora alla luce. Gli epiteti di *migliorata ed aumentata* sono veri, e il lettore che vorrà dare una occhiata alle due edizioni s'accorgerà subito quale grande differenza passi fra la 1.ª e la 2.ª. Tutte le analisi furono rivedute accuratamente; tutti i dettagli sui vari stabilimenti furono verificati di nuovo, e se qual-

che inesattezza è ancora sfuggita non bisogna porla sulle spalle del povero autore, cui non è mancata la buona volontà; ma addebitarla anche all'inerzia, per non dire qualche cosa di più, colla quale risposero tanti proprietari o medici di stabilimenti, ai quali pareva si domandasse denaro, mentre si offriva loro il mezzo gratuito di divulgare le virtù ed i pregi dei loro luoghi. Dopo molte lettere e istanze alcuni risposero..... col non rispondere.

Ad ogni modo ne pare che questa Guida, unica ancora nella letteratura medica italiana, possa riuscire giovevole non solo pei medici, ma anche per gli ammalati, per i quali fu principalmente scritta. Essi vi troveranno tutti i dettagli sulla strada a percorrere, sui prezzi, sulla vita che si conduce in un dato stabilimento e sulla efficacia vera delle sue acque.

RIVISTA DI CHIMICA PATOLOGICA

del prof. ROVIDA.

Ritthausen e Pott — *Ricerche intorno alle combinazioni dei corpi albuminosi coll'ossido ramico.*

Mordrzejewki — *Intorno alla sostanza amiloide.*

Perls — *Intorno alla distinzione fra infiltrazione e degenerazione adiposa del fegato.*

Berg — *Intorno alla ricognizione del sangue nei liquidi nei quali è contenuto in quantità piccolissima.*

Binz — *Chinina e sangue.*

Naunyn — *Ricerche intorno alla coagulazione del sangue nell'animale vivente e conseguenze di essa.*

Falk — *Intorno ad una proprietà del sangue dei capillari.*

Hoffmann — *Brevi comunicazioni intorno al diabete.*

Ewald — *Un nuovo processo per produrre glicosuria.*

Seclig — *Ricerche comparative sul consumo dello zucchero negli animali diabetici e non diabetici.*

Frey — *Ricerche intorno ai rapporti della perdita insensibile durante la febbre da ferita.*

Neumann — *Intorno al rapporto delle perdite insensibili nella febbre.*

Guyochin — *Analisi del liquido degli edemi e dell'ascite in un caso di malattia di Bright.*

Hoppe Seyler — *Esame di un tumore papillare.*

Hilger — *Determinazione quantitativa dello jodio nell'urina.*

H. Ritthausen e R. Pott. **Untersuchungen ueber die Verbindungen der Eiweisskörper mit Kupferoxyd.** (Ricerche intorno alle combinazioni dei corpi alhuminosi coll'ossido ramico).

A preparare l'ossido di rame e di caseina lattea si adoperò caseina ottenuta dal latte fresco allungandolo con 4 volumi di acqua, precipitando con acido acetico diluito a freddo, lavando il coagulo che rapidamente si depone, sottraendone l' acqua per mezzo dell' alcole, togliendone l' adipe coll' etere, lavandolo nuovamente con alcole e facendolo essiccare sull' acido solforico. Con essa si preparò una soluzione contenente in 1700 c. c., circa 4 grammi, di caseina secca. — 680 c. c. di questa soluzione furono trattati alternativamente con una soluzione di acetato ramico e con una soluzione di potassa caustica, finchè il liquido sovrastante al precipitato fosse neutro (in tutto adoperaronsi 100 c. c. di soluzione ramica, contenente grammi 2.69 di rame); il precipitato venne lavato con aqua e poi con alcole ed asciugato sull' acido solforico. — Altri 500 c. c. di soluzione di caseina vennero trattati nello stesso modo con 65 c. c. di soluzione ramica (= 1.75 gram. Cu). — Ad altri 600 c. c. vennero aggiunti 73.7 c. c. di soluzione ramica (= 1.98 gram. Cu) e soluzione di potassa fino alla ridissoluzione del precipitato; si decantò e si trattò la soluzione chiara con acido acetico; il precipitato venne lavato con alcole come sopra. — 22 gr. di caseina sciolti nella soluzione di KHO vennero precipitati con solfato ramico (= 2.91 gram. CuO). Il filtrato separato dal precipitato azzurro chiaro, dava leggiera reazione acida; era però incoloro e non dava più reazione, nè per il rame, nè per la caseina. Fattolo essiccare insieme colle acque di lavatura, si trovò il residuo affatto privo di ammoniaca e di sostanze simili.

L'analisi diede:

	1	2	3	4
C	42.89	44.40	45.21	42.95
H	5.83	5.77	6.42	5.62
N	12.31	12.60	13.04	12.32
S	0.64	0.67	19.10	0.91
O	17.50	17.81		17.98
CuO	17.93	18.75	13.28	17.10
Cenere	2.90		2.95	3.12

Da che si calcola la caseina:

C	54.17	54.65	54.12	53.83
H	7.36	7.12	7.69	7.04
N	15.54	15.50	15.56	15.43
S	0.80	0.82	22.63	1.12
O	22 13	21.91		22.58

L'Autore ne conchiude che la caseina viene precipitata per mezzo

della soluzione di rame da un liquido affatto neutro, senza mutamento della sua composizione, allo stato di combinazione coll'ossido ramico.

E. Mordrzejewski. **Zur Kenntniss der amyloiden Substanz.** (Intorno alla sostanza amiloide). *Arch. f. exper. Pat. u. Pharmakol.*, 1873, I, 426.

Poichè è noto dalle analisi di Friedreich e di Kekulé che la sostanza amiloide ha una composizione quasi identica a quella dei corpi albuminosi, l'Autore si occupò di vedere se si corrispondano anche i loro prodotti di decomposizione. Preparata la sostanza amiloide tanto col metodo di Friedreich e Kekulé, che con quello di Rudnew e Kühne; fece digerire a bagno d'acqua una parte di questa sostanza secca con 3 parti di acido solforico inglese (1 : 6). La sostanza amiloide si sciolse in breve tempo con un colore violetto rosso e fu nuovamente cotta a bagno di sabbia per 8-10 ore; quindi, raffreddata e diluita con acqua, vi si aggiunse carbonato calcare fino a reazione alcalina.

Dal filtrato si separò il solfato calcico mediante acido ossalico, l'eccesso di questo col carbonato piombico ed il piombo coll' acido solfidrico. Lasciando poi evaporare lentamente la soluzione, cristallizzò da prima tirosina e a maggior concentrazione leucina in quantità corrispondente a quella che suole ottenersi dai corpi albuminosi trattati con acido solforico diluito. Non si poterono isolare nè acido glutaminico, nè acido asparaginico.

Facendo cuocere il siroppo, residuato dalla precipitazione della tirosina e della leucina, con carbonato piombico e precipitando il filtrato con alcole, si ottenne soltanto un piccolissimo deposito; tuttavia l'Autore è indotto a credere che la sostanza amiloide sia da paragonarsi ai corpi albuminosi anche per gli altri prodotti di decomposizione.

M. Perls. **Zur Unterscheidung zwischen Fettinfiltration und fettiger degeneration.** (Intorno alla distinzione fra infiltrazione e degenerazione adiposa del fegato). *Centrbl. f. med. Wissensch.*, 1873, 801.

Finora si è sempre fatta questa distinzione soltanto in base alla diversa forma microscopica delle cellule epatiche e per mezzo dell'indagine dello scambio nutritizio nelle malattie che decorrono con fegato adiposo. L'Autore la studiò dal lato chimico e venne ai seguenti risultati:

L' adipe pervenendo al fegato ne scaccia presso a poco tanto di acqua e componenti solidi quant'è il proprio peso e nello stesso rapporto nel quale questi elementi sono contenuti nell' adipe stesso; ad es. 5 grammi di adipe scacciano dal fegato 4 gr. di acqua e 1 gr. di componenti solidi, quindi si elimina prevalentemente la prima. Nella degenerazione grassa invece l'aumento dell'adipe si fa prevalentemente a spese dei componenti solidi. Nel fegato il grasso può variare dall'1 al 78 per 100 di tessuto umido e nei casi di degenerazione adiposa esso in genere supera la quantità di 40 per 100 di sostanze so-

lide. Tali differenze risultano dall'analisi come dimostra la seguente tabella:

In 100 parti di fegato umido	Acqua	Adipe Estr. etereo	Massa solida priva d'adipe
1.° Fegato normale (med. di 8 osserv.) . . .	76.5 (72.7-78.5)	3.0 (0.8-4.8)	20 9 (17.9-924.7)
2.° Fegato adiposo dei bevoni	62.1	19.15	18.4
3.° Idem . . .	61.57	23.98	14.45
4.° Fegato adiposo in alto grado (secondo Frerichs)	43.84	43.84	12.32
5.° Atrofia gialla acuta .	81.6	8.7	9.7
6.° Ittero pernicioso in adiposi generale . .	63.57	26.45	9.98

Le osservazioni 2.ª, 3.ª e 4.ª corrispondono dunque all'infiltrazione adiposa, la 5.ª e la 6.ª alla degenerazione.

Dall'analisi del fegato adiposo di tre cani avvelenati con fosforo risulterebbe che ivi si tratta di infiltrazione e non di degenerazione.

J. W. Berg. **Ueber die Entdeckung von Blut in Flüssigkeiten in welchen es sich in äusserst geringen Mengen findet.** (Intorno alla ricognizione del sangue nei liquidi nei quali è contenuto in quantità piccolissima. Hygiea XXXV, 2 1873).

Già Struve aveva proposto di trattare i liquidi sospetti di contenere traccie di sangue con acetato zincico, e Guming e Geuns ne raccomandarono il trattamento con tannino. L'Autore trova che quest'ultimo dà migliori risultati del primo, poichè riuscì ad ottenere nettamente i cristalli d'emina anche da 450 cent. cub. di urina normale mescolati con una goccia di sangue e da 300 c. c di urina molto albuminosa contenenti pure una goccia di sangue, mentre non ottenne la reazione di Teichmann nemmeno con 2 goccie di sangue in 300 c. c. di urina mediante la precipitazione coll'acetato zincico. — A meglio ottennere i cristalli d'emina l'Autore lascia evaporare il preparato cui fu aggiunto l' acido acetico sotto il copri-oggetti a freddo. — Questo metodo riesce anche per le macchie di sangue, al quale scopo esso si lavano con acqua.

C. Binz. **Ueber Chinin und Blut.** (Chinina e sangue).

Zuntz ha dimostrato che nel sangue si forma acido libero e probabilmente per influenza dei processi ossidativi. Secondo lui l' alcalinità del sangue è variabile in 2 modi: 1.° per rapida formazione d'acido premortale, che avviene nel tempo che passa fra l'uscita del san-

gue dalla vena e la coagulazione compiuta; 2.° per la lenta diminuzione post mortem dell'alcalinità del sangue defibrinato, che si verifica fino al principio della putrefazione e cresce di intensità coll'aumentare della temperatura alla quale viene conservato il sangue. Questa formazione di acido va a consumo di ossigeno secondo Pflüger e A. Schmidt.

L'Autore abbandonò parecchie porzioni di sangue defibrinato alla temperatura ordinaria del corpo, alcune mescolate con chinina, altre senza, ed altre mescolate con altre sostanze antifermentative. Per controllo mescolò chinina con quantità d'acqua o di soluzioni indifferenti di sali eguali a quelle delle porzioni di sangue. In una di queste determinò il grado di alcalinità. Con altre esperienze di controllo si assicurò che piccole quantità di chinina non hanno influenza sensibile sulla reazione del sangue.

Da queste esperienze risultò che il sangue chininato esige maggior quantità di acido per essere neutralizzato che il sangue tenuto a controllo, ed anche più che il sangue appena estratto; la quale ultima cosa dipende dall' influenza nociva dell' anidride carbonica del sangue sul risultato della titolazione. Il solfato di bebirina ha quasi lo stesso effetto della chinina; ma si avvicina ancor più alla chinina il picrinato sodico, mentre la cinconina presentò un' azione assai debole in due esperienze.

A provare l'azione della chinina sulla produzione di acido premortale l'Autore esperimentò nel modo seguente. In un palloncino introdusse 30 c. c. di soluzione satura di solfato sodico e la collocò in una miscela frigorifera; mise invece a bagno d'acqua di 40°, due altri palloncini, uno dei quali con 6 c. c. di soluzione di chinina al 2 per 100, l'altro con altrettanta quantità di soluzione di solfato sodico. Per mezzo di un tubo di vetro capillare diramantesi nei tre palloncini, assorbì direttamente dalla vena il sangue e lo raccolse nei palloncini; quindi tosto determinò l' alcalinità del sangue ricevuto nel 1.° palloncino. Dopo aver lasciato per 2 ore a 40° gli altri due palloncini portò anche questi a 0°, quindi ne titolò la alcalinità del sangue; e riconobbe così che la chinina aveva impedito quasi totalmente la formazione dell'acido.

La chinina rallenta anche la reazione del sangue colla tintura di guajaco e l'olio essenziale di trementina (colorazione azzurra per ossidazione della resina di guajaco); qualche volta però da principio fa anzi l'effetto opposto di accelerarla, massime quando la chinina è in minima quantità. Tale effetto paradossale non si osserva però riguardo all'ossidazione dell'indaco; una soluzione di solfato d'indaco diluita al punto che in un tubo d'assaggio apparisca affatto trasparente, ma ancora azzurro-oscura venga trattata con carbonato sodico fino a reazione alcalina e poi si aggiunga a circa 10 c. c. della miscela una goccia di sangue appena sottratto dai vasi; a 9 c. c. di quest'ultima miscela

si aggiungano un c. c. di soluzione di chinina e 10 gocce d'olio di trementina ozonizzato; si agiti e si collochi il tutto a 40° insieme con una prova di controllo senza chinina. Già al primo mescolare della soluzione di sangue ed indaco coll' alcaloide il colore azzurro assume una tinta in verde, che non si altera per l'agitazione; dopo alcuni minuti la prova di controllo si fa verde oscuro e poi passa per tutte le gradazioni fino al giallo chiaro dell'isatina (prodotto d'ossidazione dell'indaco); il preparato colla chinina (1 : 1000 dell'intera miscela) si altera invece assai lentamente, e soltanto dopo circa un'ora tutto l' azzurro è scomparso; il rallentamento della reazione è ancora manifesto nel rapporto di 1|10000. Nessuna azione riconoscibile sul processo di formazione dell'isatina si osserva invece per il cloruro sodico, cloruro calcico e solfato d'atropina, leggiera azione per la stricnina; quasi eguale alla chinina riesce il cloridrato di morfina, supera la chinina il cloridrato di cinconina a reazione debolmente basica.

Dunque alcuni alcaloidi e specialmente la chinina fanno sospendere l'ossidazione prodotta dalla presenza del sangue. Lo stesso risultato si ha se invece del sangue si adopera una soluzione di emoglobina e l' esperienza dimostra che lo spettro dell' ossiemoglobina si mantiene più a lungo e quindi compare molto più tardi quello della metemoglobina, quando vi sia mescolata della chinina. Inoltre soluzioni di indaco, solo o con olio di trementina, senza sangue nè emoglobina pura, si ossidano più facilmente in presenza della chinina. Dunque la chinina impedisce l'ossidazione soltanto quando è in presenza dell'emoglobina; e quindi è sovr'essa che esercita la sua azione.

B. Naunyn. **Untersuchung ueber Blutgeriunnung im lebenden Thiere und ihre Folgen.** (Ricerche intorno alla coagulazione del sangue nell'animale vivente e conseguenze di essa). *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmacol.*, 1873, I, 1.

Gli ultimi risultati ottenuti da Schmidt lo condussero ad ammettere che l'emoglobina non ha che una parte secondaria nella coagulazione del sangue nell'animale, cioè quella di accelerarla per la sua presenza nei globuli; mentre la parte principale è dovuta ad un fermento. Che se poi l'emoglobina è sciolta nel siero perde in gran parte la sua facoltà, e la perde del tutto se è cristallizzata.

Naunyn osserva che le injezioni nelle vene di globuli disciolti coll'alternativo congelamento e riscaldamento del sangue e di soluzioni di emoglobina pura fanno coagulare rapidamente il sangue, e che il sangue defibrinato che si usa nelle trasfusioni all' opposto non induce nessuna coagulazione. Nel primo caso può essere nato il fermento, come dice Schmidt, ma nel secondo caso deve pure essersi formato e perchè questa differenza di azione? L'Autore ammette contro Schmidt che il fermento esista in piccolissime quantità anche nel sangue entro i vasi e quindi anche in quello sbattuto per la trasfusione, ma che perchè manifesti la sua azione sia necessaria una condizione che fa-

vorisca la coagulazione, cioè la presenza dell'emoglobina disciolta nel siero, quindi precisamente nelle condizioni opposte a quelle indicate da Schmidt; e che solo la mancanza dell'emoglobina nel siero sia la ragione per la quale il sangue non coagula ordinariamente nel sistema circolatorio. Ciò sarebbe comprovato dal fatto che l'injezione di sostanze capaci di sciogliere i globuli (come ad esempio, gli acidi biliari — Ranke) fa anche coagulare il sangue.

F. Falk. **Ueber eine Eigenschaft des Capillarblutes.** (Intorno ad una proprietà del sangue dei capillari). *Virch. Arch.* LIX, 26.

Nei cadaveri il sangue dei capillari non coagula ed è in ciò simile alla linfa, ma differisce da questa perchè non coagula nemmeno quando venga estratto dai capillari ed esposto all'aria, mentre la linfa in tal caso coagula. Questo sangue però non manca del fermento, nè della sostanza fibrino-plastica, bensì fu riconosciuto dall'Autore quasi affatto o totalmente sprovvisto di fibrinogeno. Se si considera poi che, secondo un'idea antica, la massima parte del fibrinogeno viene data al sangue dai tessuti e che nel cadavere è invece più probabile che la poca quantità di fibrinogeno venga riassorbita dai tessuti, si capisce come nei capillari del cadavere il sangue possa essere privo di uno degli elementi necessarii per la coagulazione. Questo fatto sarebbe importante per la medicina forense qualora fosse determinato quanto tempo dopo la morte il sangue dei capillari perde la facoltà di coagulare. Le considerazioni dell'Autore a questo proposito sono semplici ipotesi.

Hoffmann. **Kurze Mittheilungen ueber Diabetes.** (Brevi comunicazioni intorno al diabete). *Tageblatt der 46 Versummlung deutih. Natur for. und. Aerzte in Wesbaden*, 1873, pag. 144.

Nel sangue della carotide o del cuore dei conigli si può trovare da 0.07-0.11 per 100 di glucoso, e questa quantità non viene alterata dalla nutrizione od inanizione, nè dalla legatura della vena porta, o dell'aorta addominale appena sopra la celiaca. Invece diminuisce o scompare lo zucchero dal sangue se si separa dalla circolazione il fegato intiero, e ancor più sicura è la scomparsa dello zucchero se insieme col fegato si separa dal circolo anche l'intestino. Dalle ricerche sui conigli riferendosi all'uomo si trova che il fegato dà 150-200 gram. di glucoso al giorno. È dunque nuovamente constatato che il glucoso si forma nel fegato contro Pavy e Ritter e in favore di Schiff e Bernard.

C. A. Ewald. **Ein neues Verfahren Glycosurie zu erzeugen.** (Un nuovo processo per produrre glicosuria). *Centrbl. f. med. Wissensch.*, 1873. N. 52, p. 819.

Da due a tre ore dopo injezione sottocutanea di nitro benzolo nei conigli si trova glucosio in quantità manifeste nell'urina; 4 ore dopo l'injezione se ne ha la massima quantità, che giunse a 1.9 per 100. Esso si mantiene abbondante fino a 20 ore, dopo 24-36 non è più riconoscibile. Tale glicosuria non è accompagnata da poliuria, come quella pro-

dotta da Hoffmann per mezzo dell'injezione di nitrito d'amilo; così pure il peso specifico dell'urina non è aumentato. Nei cani il nitrobenzolo non produce glicosuria se introdotto per injezione, bensì quando è dato per bocca. Nei conigli si ottiene glicosuria anche per l'injezione sottocutanea di nitrotoluolo (fino al 2.3 per 100), del quale però bisogna una quantità maggiore che di nitro-benzolo.

L. Seelig. **Vergleichende Untersuchungen ueber den Zuckerverbrauch im diabetischen und nicht diabetischen Thiere.** (Ricerche comparative sul consumo dello zucchero negli animali diabetici e non diabetici). *Inaug. Dissert. Königsberg*, 1873. — *Centralbl. f. med. Wistensch.*, 1873, N° 59.

Nel diabete artificiale da puntura (fatta col metodo di Eckhard), durante l'inanizione o non si ha zucchero o non ne compaiono che minime traccie nell'urina, come già fu detto da Dock. Se si injetta nella giugulare una soluzione di zucchero (20 c. c. di una soluzione al 10 per 100, quindi 2 gr. di zucchero) in animali semplicemente in inanizione e in altri diabetici ed in inanizione, nei primi non si ottiene che una minima quantità di zucchero nelle urine (massima gr. 0.35), nei diabetici invece lo zucchero nell'urina è molto più abbondante e giunge alla massima di gr. 0.925; in questi si ha anche quasi la doppia quantità di urina. Da ciò risulta che l'animale diabetico non è capace di adoperare lo zucchero per la propria nutrizione. Non devesi dunque tener conto dell'asserzione di Schöpfer che lo zucchero injettato nelle vene ricompare sempre nelle urine, perchè ciò non avviene negli animali in inanizione. L'Autore tende poi ad ammettere che il diabete patologico consista in anomalia di circolazione nel fegato, per le quali lo zucchero recato dalla vena porta non si trasmuta in glicogeno, ma giunge nel circolo e viene eliminato dai reni.

F. Frey. **Untersuchungen ueber das Verhalten des insensiblen Verlustes während des Wundfiebers.** (Ricerche intorno ai rapporti della perdita insensibile durante la febbre da ferita). *Dorpater med. Zeitschr.*, 1873, III, 233; *Centrbl. f. med. Wissensch.*, 1873, 438.

Dall'osservazione prolungata per 81 giorni sopra un paziente apiretico nella clinica di Bergmann a Dorpat di tutte le entrate ed uscite sensibili risultò che la perdita insensibile nell'apiressia è molto oscillante, tanto che a mala pena si può stabilire una cifra normale da confrontarsi coi casi patologici.

Nè si può trarre una regola sicura dal confronto dello stesso individuo apiretico e febbricitante; in fatto egli trovò per 1 chilogr. di peso del corpo, la perdita insensibile per ogni ora:

1.° Caso.

Prima dell'operazione	(temp. norm.) . . .	grammi	0.82
Dopo »	legg. febb. (circa 38.7°) .	»	0.82
Dopo »	febbr. più mite remitt. (circa 38.1°) . . .	»	0.84
Nella convalescenza	. . . . .	»	0.70

2.° Caso.

Prima dell'operazione	»	1.14
Dopo » (apiressia) . . .	»	0,94
Al giorno della febbre (circa 38.5°) . . .	»	0.59
Al giorno appresso (apiressia)	»	0.99
Nella convalescenza	»	1.16

3.° Caso.

Prima dell'operazione	»	0.75
A febbre alta dopo l'operazione (39.7°) . .	»	1.00
Diarrea durante la febbre alta (39.4°) . .	»	0.60
A temperatura salente fino a 39.3°, dopo una remissione	»	0.66

Non fu riconoscibile un parallelismo fra l'altezza della temperatura è la quantità della perdita insensibile. Inoltre in 3 casi era assolutamente diminuita durante la febbre anche la quantità dell'urea, senza che vi fosse rapporto colla quantità dei cibi introdotti. (Nei primi due casi è manifesta la diminuzione della perdita insensibile durante la febbre e ciò è in relazione colla ritenzione di aqua nell' organismo febbricitante dimostrata da Leyden. Rel.).

Fr. Neumann. **Ueber das Verhalten der insensiblen Ausgaben im Fieber.** (Intorno al rapporto delle perdite insensibili nella febbre). *Inaug. Dissert. Dorpat*, 1873. *Centralbl. f. med. Wissensch.*, 1873, 751.

Esatte determinazioni del peso di cani apiretici nell' inanizione e poi febbricitanti per injezioni settiche, diedero i seguenti risultati:

1.° Durante l'inanizione la perdita insensibile diminuisce di giorno in giorno, con alcune oscillazioni cagionate dalle condizioni atmosferiche mutevoli. Col salire del barometro la perspirazione cresce meno della temperatura.

2.° Durante la febbre riuscirono in generale maggiori le perdite insensibili, che nelle stesse condizioni senza febbre.

3.° Sembra esservi un parallelismo fra l'altezza della temperatura e le perdite insensibili.

4.° Sembra che colla diminuzione della febbre le perdite insensibili aumentino ancor più.

Anche questo lavoro fu fatto sotto la direzione di Bergmann.

Guyochin. **Analisi del liquido degli edemi e dell'ascite in un caso di malattia di Bright.** (Comunicazione alla Società di Biologia; *Gazz. med. de Paris*, 1873, 258).

Per mezzo di uno spillo si fecero parecchie punture negli arti edematosi e se ne ottenne un liquido chiarissimo che in poche ore si raccolse nella quantità di mezzo litro. Aveva odore simile a quello del sudore, dava reazione alcalina, peso specifico 1.008; 1000 parti erano costituite da

980.30 acqua
4.70 albumina
15.00 sali.

Non vi si trovò urea.

Dalla puntura dell'addome dello stesso ammalato si ottennero 13 litri di un liquido bruno, facilmente spumoso, di cattivo odore, di 1.012. Nel riposo esso lasciò depositare alcuni fiocchi fibrinosi, ma poi non diede più coaguli. 1000 parti di esso contenevano:

Acqua	966.65
Fibrina, Albumina	23.50
Urea	0.60
Pigmento, Sali	9.22.

Hoppe Seyler. **Untersuchung einer Papillargeschwulst.** (Esame di un tumore papillare). *Pflüger's Arch. f. di ges. Physiol.*, 1873, VII, 409.

Il tumore, appena amputato, era cresciuto all'apertura di un canale fistoloso di un avambraccio, che conduceva in una cavità dell'osso dove si trovavano pezzi d'osso necrotico. Constava di una massa cellulare spugnosa a guisa di cavolfiore, che aveva potuto essere distaccata e lavata facilmente. In rapporto al peso da esso dato allo stato fresco, conteneva:

Glicogeno	2.92	per 100
Colesterina	1.76	»
Lecitina	5.16	»
Nucleina (con 33.45 p. 100 di P)	0.90	»

Fra i corpi albuminosi v'era miosina in grande quantità, mancava la vitellina insolubile nell'acqua e non precipitabile pel cloruro sodico.

Hilger. **Quantitative Jodbestimmung im Harne.** (Determinazione quantitativa dell'jodio nell'urina). *Siztungsber. der physiol. med. Societät. zu Erlangen*, 1873. *Zeitschr. f. Anal. Chemie*, XII, 342.

Il metodo di determinazione dell'jodo di Kersting dà sempre, secondo l'Autore, risultati inferiori al vero. Egli raccomanda perciò il metodo seguente, come il più comodo e più semplice.

40 c. c. di urina contenente jodio si trattano con 20 c. c. di miscela di barite (come per la determinazione dell'urea), si filtra, si acidifica fortemente il filtrato con acido cloridrico, lo si porta a un dato volume e vi si determina l'jodio con una soluzione titolata di cloruro di palladio. Questa è fatta in modo che 10 c. c. di essa corrispondano a 0.0119 gr. d'jodio e il suo titolo fu determinato per mezzo di una soluzione di joduro potassico, della quale 1 c. c. conteneva 1 milligr. d'jodio, preparata sciogliendo gram. 1.308 d'joduro potassico puro arroventato in un litro d'acqua.

La titolazione riesce molto sicura e rapida misurando 10 o 20 c. c. di soluzione di palladio in un palloncino con turacciolo smerigliato, dove la si fa scaldare a bagno d'acqua e vi si aggiunge l' urina preparata colla barite finchè tutto il palladio sia precipitato come joduro. L'agitazione della miscela accelera molto la separazione; piccole prove si filtrano di tempo in tempo, vi si aggiungono alcune goccie di urina e si fanno scaldare, e dal nuovo intorbidarsi o dal rimanere chiare si deduce la fine della reazione. Questa coincide col momento in cui comincia il joduro palladico a raggrupparsi in grossi fiocchi, quando il liquido sia mantenuto in ebollizione.

Per questa determinazione è dunque necessario eliminare dall'urina gli acidi solforico e fosforico, i quali si scambierebbero col cloro del cloruro di palladio.

La presenza di tutte le altre sostanze organiche ed inorganiche dell'urina non vi ha influenza.

Esempio. — Con un urina normale, alla quale sia stato aggiunto K I alla dose di 0.04 per 100 = 0.0305 jodio,

10 c. c. di cloruro palladio abbisognano di

a) 38.8 c. c.; *b*) 38.5 c. c.; *c*) 39.1 c. c. in media 38.8 c. c.

38.8 c. c. ur. : 0.0119 jod. (= 10 c. c. sol. clor. pal.) = 100 c. c. urina. : 0.0306 jodio.

Vi ha dunque errore soltanto di 1 decimilligr. d'jodio in più per 100 c. c. d'urina,

---

RIVISTA CHIRURGICA

del prof. ANGELO SCARENZIO

Marcacci — *Due casi di resezio-disarticolazione tibio-calcanea con modificazione al processo Pirogoff.*

Ricordi — *Resezione dell' omero destro per due terzi. Guarigione con perfetta riproduzione dell'osso.*

Parona — *Strappatura del tubercolo tibiale.*

Hamilton — *Trattamento delle fratture della coscia cogli apparecchi inamovibili.*

Parona — *Corollarii tratti dalla cura di quarantadue casi di frattura.*

Hatry — *Lussazione laterale esterna del cubito.*

Parona — *Lussazione ischio-pubica ridotta col metodo razionale.*

Parona — *Strappatura dell'avambraccio con grave emorragia.*

Bliss — *Processo speciale di riduzione di una vertebra lussata.*

Marcacci — *Due voluminosi polipi naso-faringei demoliti mediante un nuovo processo.*

Fouchier — *Polipi multipli del retto, prolasso, legatura, schiantamento in varie riprese.*

Duplay — *Modificazione osteoplastica alla operazione del labbro leporino.*

Gallozzi — *Stafilorafia eseguita col processo di Sedillot.*

Heine, Billroth e Bottini — *Tre altri casi di esportazione della laringe.*

Parona — *Aneurisma per ferita dell'arteria femorale.*

Parona — *Aneurisma del cubito da salasso, guarito colla compressione indiretta.*

Parona — *Varici alle gambe curate radicalmente, mediante injezioni con idrato di cloralio.*

Thomas Browne — *Un caso di morte improvvisa per embolo nella vena cava inferiore in rapporto con vene varicose della gamba.*

Del Greco — *Erniotomia con enterorafia in un bambino di quindici mesi.*

Allingham — *Intorno alla cura della fistola all'ano mediante la legatura elastica.*

Josephsohn — *Osteomi nei muscoli adduttori de'cavallerizzi.*

Demarquay — *Ascesso al seno mascellare.*

Duplay — *Ascesso della tibia guarito mediante la trapanazione.*

Kehrer — *Sulla retrazione del capezzolo e mezzo per rimediarvi.*

Tillause — *Innesto per approssimazione dei tendini.*

Barwell — *Lezione clinica sul fegato amiloide ed adiposo in rapporto alle operazioni.*

Broca — *Compressione della mammella nelle nevralgie e negli adenomi di quest'organo.*

Verneuil — *La forcipressura.*

Fleischer — *Uso esterno ed interno dell'idrato di cloralio nel carcinoma dell'utero.*

Demarquay — *Della influenza di alcune sostanze sulla produzione dei vibrioni.*

Due casi di resezio-disarticolazione tibio-calcanea con modificazione al processo Pirogoff; del prof. Giosuè Marcacci. (*Sperimentale*, 1875).

Osser. 1.ª — Una giovine di 23 anni, d'abito linfatico, entrava nella clinica diretta dal prof. Marcacci il 5 maggio 1873, avendo il piede destro affetto da artrocace.

Il piede era gonfio; avea una circonferenza maggiore di 4 centim. di quella del lato opposto: la pelle ne era assottigliata, distesa, e presentava tre aperture; una sul dorso, ed una per lato, esterno ed interno, che conducevano alle ossa del tarso e corrispondente estremità del me-

tatarso; lo specillo le traversava fino alla pianta del piede: delle fungosità circondavano le dette aperture e sorgendo da esse, concorrevano in gran parte a far gonfio il piede. La carie occupava più specialmente le ossa del secondo ordine del tarso, dell' estremo posteriore delle ossa del metatarso, l' estremo anteriore del cuboide e della testa dell' astragalo: il calcagno sembrava immune, o che al più ne fosse interessata solamente l' estremità anteriore articolantesi col cuboide. Dalle tre aperture gemeva pus in scarsa quantità: la specillazione era dolorosa, e dava luogo ad abbondante gemizio di sangue: i movimenti impressi alle articolazioni tarsiche e tarso-metatarsiche, riescivano dolorosissimi ed indicavano sciolte le articolazioni. Nessun dolore si risvegliava se i movimenti si fossero limitati all' articolazione tibio-astragalica.

Alcune cicatrici alla guancia sinistra, la presenza di ganglii ingrossati e duri al collo facevano fede della accennata diatesi scrofolosa. La ragazza era stata anche afflitta da febbri miasmatiche per lunga pezza, di cui conservava le traccie negli infarcimenti epato-splenici. I genitori erano morti ed il padre aveva avuto anch'esso lungamente malato un piede, dal quale erano usciti frammenti d' osso. Mestruata per la prima volta a 17 anni, la era stata assai regolarmente fino ai 21. A quest'epoca mancò la funzione mestrua, e si ammalò il piede.

La natura, la estensione del male, e lo stato miserando cui la ammalata era ridotta reclamavano la pronta remozione di quella massa morbosa, superiore ad ogni altro mezzo di cura. E siccome eravi ragione di ritenere che il calcagno, per lo meno nella sua metà posteriore, si fosse mantenuto sano, così il prof. Marcacci si propose di eseguire la resezio-disarticolazione tibio-astragalo-calcanea.

L' ammalata fu collocata supina, cogli arti sporgenti tanto da poter flettere la gamba sulla coscia ad angolo retto e porre l' estremo del calcagno sull'orlo del letto da operazione al momento di portarvi sopra la sega. Cloroformizzatala completamente, praticavansi due incisioni laterali che, partendo da uno stesso livello della base dei malleoli lungo il loro margine anteriore vennero condotte un poco obliquamente in basso ed in avanti fino al confine degli orli colla pianta del piede; poi, facendo sollevare il piede si riunirono con una incisione alla pianta, interessando tutte le parti molli fino alle ossa. Dalla sommità dell'un malleolo, epperò un centimetro e mezzo circa al di sotto del punto in cui erano incominciate le prime incisioni, l'operatore ne fece partire una seconda che passando 4 o 5 millimetri al davanti del collo del piede andava a terminare in un punto diametralmente opposto. Nel tempo che un assistente traeva la pelle in alto, dissecava per poco con alcuni colpi di bistorì il lembetto anteriore; penetrava nell' articolazione, dopo aver recisi facilmente i ligamenti laterali dirigendo il tagliente di basso in alto fra i malleoli e l'astragalo, mise a nudo la parte posteriore del calcagno, rispettando il tendine di Achille ed il tessuto cellulo-grassoso che lo inviluppa, e scoprendone solamente quel tanto che bastasse all' applicazione della sega subito al

di là dell' astragalo. A questo punto fece flettere la gamba sulla coscia, finchè l' estremità posteriore del calcagno poggiasse solidamente contro l'orlo del letto; ed applicata la sega ad arco, compiva la sezione del calcagno obliquamente seguendo appuntino la direzione della ferita delle parti molli, cioè dall' alto al basso e dall' indietro all' avanti. E perchè l' arco della sega non urtasse contro la gamba, aveva antecedentemente fatto eseguire un quarto di giro alla lama, in modo che l' arco facesse colla lama un seno aperto in avanti. Faceva di poi arrovesciare in addietro il lembo calcaneo, disseccava la pelle che tuttora copriva la base dei malleoli, lo che fu facile in grazia del prolungamento in alto delle prime incisioni, e, posto il retrattore che difendesse le parti molli ed il lembo calcaneo rovesciato indietro, passava alla resezione dei malleoli comprendendovi la lamina cartilaginea articolare, e dirigendo la sega un poco obliquamente davanti indietro e di basso in alto in senso inverso della sezione del calcagno. In virtù di questa doppia sezione ossea in senso inverso, il lembo calcaneo si portava agevolmente e senza sforzo, quasi a modo di cerniera, a combaciamento esatto colla sezione reciproca della tibia; ed il lembetto anteriore, che si aveva avuto cura di lasciare, contribuì grandemente alle esattezze della unione. Quattro punti di sutura attortigliata, coadiuvati da striscie di cerotto, la consueta sindone, fila e fasciatura contentiva, costituirono la medicatura. L'ammalata destossi al termine della operazione senza nulla averne.

L' esame del piede confermò appuntino la diagnosi fatta: carie delle ossa del tarso e corrispondenti metatarsi; ligamenti distrutti, ed articolazioni aperte o semi aperte, con pus nelle varie articolazioni; carie ed osteitide della testa dell' astragalo e del cuboide. La sezione del calcagno era caduta sopra un punto sano, sebbene un po'giallastro e con le apparenze di un certo grado di degenerazione grassosa.

L'andamento della cura non offrì alcunchè di notevole: la guarigione fu relativamente sollecita, avvenne cioè in 40 giorni. Il fenomeno più grave fu un intenso dolore, che si suscitò nel moncone alla sera e si aggravò nella notte e giorno successivo, e che l' applicazione del ghiaccio non bastò a calmare: dipendeva dai cerotti che strozzavano i labbri della ferita fatti molto tumidi; rallentati che furono, ogni dolore cessò. Dopo alcuni giorni ai cerotti si sostituirono delle striscie di morbida tela inbevute di collodione, che non si rimossero che una sol volta prima della completa guarigione. L' orlo anteriore acuto della tibia sezionata si necrosò per pochi millim.; ben presto però si staccava, e con esso una piccola parte del lembo cutaneo. Tutti i giorni si erano praticate delle injezioni d'acqua tepida nella ferita, attraverso i piccoli spazi lasciati fra l'una e l'altra striscia di collodione, ma l' acqua non vi penetrava che in pochissima quantità. Ben presto sorsero buone granulazioni e si iniziò la cicatrice. Completatasi e fatta solida, si provvide la giovine di un adattato stivaletto, terminante a cilindro troncato a modo di *tacco* a base pianeggiante, che diede all' arto mutilato la lunghezza del

sano e mise la operata in grado di camminare con tutta sicurezza, quasi dissimulando la perdita del piede.

La modificazione adunque che il prof. Marcacci avrebbe fatta al processo di Pirogoff, consisterebbe nella doppia sezione obliqua in senso inverso delle due ossa, come a garanzia contro l'arrovesciamento del lembo calcaneo sotto la trazione che subisce per mezzo del tendine di Achille.

A quattordici mesi dalla subìta operazione la ragazza in discorso conservava nel moncone le disposizioni dategli e poteva attendere senza inciampo ai lavori campestri.

Osser. 2ª. — La seconda osservazione riguarda altra contadina di anni 37, maritata con figli, pigionale, soggetta a molte privazioni ed obbligata a lavori penosi: era dessa pure di temperamento linfatico-venoso, però sufficientemente nutrita e ben portante; avea il sistema muscolare assai sviluppato ed il pannicolo adiposo discreto. I genitori furono sani: il padre moriva ad età avanzata, ed a quanto pare, per malattia acuta: la madre era tuttora vivente ed in buona salute: aveva due sorelle in prospero stato.

A 15 anni soffriva di febbre tifoide. Si maritava a 24 anni ed ebbe 5 figli; di cui tre morivano appena venuti in luce: gli altri due erano vivi e sani: ai 30 anni si ammalava al dito medio della mano destra e dovette subire l'amputazione alla prima falange.

Durante le prime due gravidanze si avvide che il suo piede destro gonfiava e le recava molestia nel camminare: avvenuto il parto la tumefazione cessava, dice l'ammalata, per ricomparire al successivo; e solamente dopo lunghe camminatè vi si destava qualche dolore.

Da 9 mesi, senza cagione alcuna esterna apprezzabile, il piede tornava a tumefare, a farsi dolente, e la obbligava a letto: per cui dovette ricoverarsi nello spedale. La malattia aveva assunti i caratteri del podartrocace al primo stadio: fu sperimentato il cauterio attuale a bottone ed a striscie, senza profitto. Si formarono ascessi e seni comunicanti colle articolazioni tarsiche e tarso-metatarsiche; e l'ammalata fece ritorno alla propria casa dopo tre mesi: ma il male aggravatosi vieppiù, dopo un altro mese ricoverava di nuovo allo spedale, e veniva accolta in clinica.

Il piede era assai tumefatto, ed in corrispondenza della maggior gonfiezza, cioè del tarso ed estremo posteriore dei metatarsi, aveva una circonferenza di 7 centim. maggiore di quella del piede sano. Sul dorso esistevano delle aperture che conducevano alle ossa cariate e frammezzo alle articolazioni. Uno specillo le traversava e giungeva a far prominenza alla pianta del piede. Eravi: carie della estremità posteriore del 1.° del 3.° e del 4.° metatarso più particolarmente, senza poterne escludere del tutto il 2.° ed il 5.°: carie molto manifesta dei tre cuneiformi, dello scafoide, e con ogni probabilità della testa dell'astragalo: carie del cuboide: in nessun modo si potè raggiungere il calcagno; il quale sicu-

ramente non era in comunicazione coll'ascesso interarticolare. Parve quindi al prof. Marcacci il caso di applicare anche in questa donna la disarticolazione tibio-astragalica con resezione del calcagno.

A prevenire ogni perdita di sangue venne praticata, mezz'ora innanzi la operazione, una fasciatura espulsiva ben regolare e compatta, che incominciando dal piede giungeva fino al terzo superiore della coscia, e le fascie vennero inumidite, perchè la compressione riescisse più valida e più uniforme. Cloroformizzata la operanda e nel tempo stesso praticati tre o quattro giri di legatura con tubo elastico circolare al di sopra del termine della fasciatura, colla interposizione sul tragitto dell'arteria di una compressa onde rendere più facile, più pronta e più sicura la compressione di essa, e tolta la fasciatura, si venne all'operazione, che fu eseguita colle norme stesse della suesposta, senza che si perdesse la più piccola quantità di sangue, ad eccezione di quel poco molto scuro che era rimasto nelle vene principali, valutabile a pochi grammi. Levata la legatura elastica, una sola arteria diede sangue e venne allacciata; era la tibiale posteriore. La malata si destò ad operazione compiuta. Alla segatura il calcagno mostrossi assai molle e di un aspetto giallastro, in modo da indurre forte sospetto di degenerazione grassosa, e lasciar dubitare della pronta riunione ossea. Lo che non fu; chè la riunione avvenne senza suppurazione, tranne pochissima nei dintorni della ferita. Il lembo calcaneo, in grazia delle due sezioni oblique in senso inverso, riescì ad applicarsi così esattamente alle ossa della gamba da non rimanervi il più piccolo vacuo fra di esse. I lembi erano stati uniti con quattro spilli incavigliati e magliette elastiche fatte passare al di sotto delle loro estremità, e quindi con strisce di collodione che lasciassero dei piccoli intervalli fra di loro, e le cui estremità rimontando lungo la gamba, erano state assicurate con altre collodionate circolari. Al terzo giorno gli spilli eransi tolti senza toccare le strisce di collodione, che mantennnero a mutuo contatto i lembi fino al termine della cura.

Per i primi tre giorni la operata si lamentava di dolore al calcagno, come essa diceva, dolore che adagio adagio cessò. Ebbe per lo stesso tempo qualche movimento febbrile, ma leggiero.

Al 41.° giorno dall'operazione, tolte le strisce di collodione, la riunione era perfetta, senza pur l'ombra di tendenza alla retrazione del lembo calcaneo. La riunione fu immediata, di prima intenzione. Non restò all'ammalata che un certo senso di informicolamento nel calcagno, che col tempo dovrà dissiparsi. Fornita essa pure dello stivaletto camminò presto francamente e liberamente come se il piede esistesse.

Resezione dell'omero destro per due terzi. Guarigione con perfetta riproduzione dell'osso; del dott. A. Ricordi. (*Bull. delle Scienze Med. di Bologna*, maggio 1875).

Un ragazzo di 12 anni, alquanto deformato nello scheletro per rachitide, veniva condotto allo Spedale Maggiore di Milano per frattura di braccio. Causa della lesione era stata la caduta da un albero; il

ragazzo aveva battuto sul suolo colla parte esterna del cubito, ed il medico condotto aveva ridotto un moncone osseo protruso.

Levato l'apparecchio in allora improvvisato, il dottor Ricordi verificava la frattura dell'omero poco al di sopra dei condili, ed una ferita lacera lunga 5 centim. al lato esterno inferiore del braccio, dalla quale gemeva poco sangue. Fece fuoruscire il moncone superiore fra il lungo supinatore ed il bracchiale anteriore, onde verificare lo stato delle parti; e notava che la frattura era avvenuta a V riguardo al moncone superiore, e che v'era una fessura longitudinale pel tratto di 3 centim. nel moncone stesso, il quale era denudato estesamente dal periostio. Colla sonda e col dito egli si accertava che la decorticazione dell'osso si estendeva alquanto in su e credette opportuno di ispezionare meglio lo stato della lesione. Facendo trascinare verso il petto l'avambraccio ed imprimendogli un movimento di inalzamento, il moncone superiore veniva sempre più messo a scoperto. Il periostio era stato diviso longitudinalmente e formava una docciatura entro la quale eravi il cilindro dell'osso, denudato più di quanto credevasi. Stimava opportuno di dilatare in alto la ferita per un migliore esame e si accertava che per il tratto di 10 centimetri il periostio era staccato. Il genere di frattura e il vasto denudamento imponevano un atto operativo di dieresi. Abbandonato subito il pensiero dell' amputazione dell'arto, l'operatore si appigliava al partito di esportare tutto l'osso staccato dalla sua buccia. Con una sega a catena lo recise in alto a 5 cent. dal capo, e con una tanaglia ossivora regolarizzava il moncone inferiore. La parte esportata pel moncone superiore misurava 10 cent., per l' inferiore un centim. circa. Riuniva la ferita pei due terzi superiori con tre punti di cucitura, applicava un apparecchio di cartone a semicanale, aperto dal lato della ferita, facendo poi appendere al collo l'avambraccio con apposita fasciatura. La reazione fu mitissima, e la guarigione era perfetta al 40° giorno; epoca nella quale l'osso erasi riprodotto totalmente, ed in modo da non lasciare accorciato d'un solo millimetro la lunghezza del braccio.

È un caso singolare per il fatto dello stacco esteso del periostio; Il ragazzo battè sulla parte esterna del cubito, si ruppe l'omero al terzo inferiore; poi continuando l'urto della caduta, il moncone superiore puntuto stracciò le carni e fuoruscì. Ma l' azione della caduta non essendosi qui arrestata, il periostio aderendo più alle parti circonvicine che all'osso, si lasciò staccare per lungo tratto. È pure interessante questo fatto per l' estesa porzione d' osso resecato (forse non fu ancora narrato un fatto consimile); da ultimo per la rapidità colla quale avvenne la guarigione. E ciò per dir vero non fa meraviglia quando si consideri che in questo caso singolare, il periostio, l'agente principale della formazione dell'osso, non ebbe a soffrire che una crepatura longitudinale, che del resto potè conservare la sua va-

scolarità e le sue aderenze ed offrire le condizioni le più favorevoli per una nuova, rapida e regolare ossificazione.

Strappatura del tubercolo tibiale; del dott. Francesco Parona. (*Rendiconto biennale di Clinica Chirurgica.* Milano 1875).

Nella letteratura medica non si conosce che una trentina di casi di rottura del legamento rotulo-tibiale, come ha fatto recentemente rimarcare il dott. Leone Sellier; aggiungasi che tra tutte le osservazioni di tal genere pubblicate, in due soltanto, state riferite da Richet e Sistach, la rottura avvenne alla inserzione tibiale con strappamento d'una lamella ossea delle tuberosità; e che in un solo, visto da Nélaton e narrato da Binet in una sua memoria su cotesto argomento pubblicata nel 1858, era preceduta tre anni prima da frattura della rotella.

Ecco ora il caso del dott. Parona:

Un carrettiere robusto e ben formato nella persona, nel 1870, in seguito a caduta si fratturava la rotella destra nella sua parte media ed in senso traversale. Ricoverò per questo nella 1.ª sezione chirurgica dell' Ospitale di Novara, dove applicatosi un apparecchio inamovibile, in due mesi e mezzo guarì bastantemente bene da poter col bastone e la ginocchiera camminare ed attendere alle sue facende domestiche.

Sei mesi dopo, sotto una contrazione energica del tricipite, il callo fibroso cedette e l'infermo costretto ancora a letto ricoverava nella clinica chirurgica dell' egregio prof. Mazzucchelli in Pavia. A quanto disse il paziente, questa volta l'affrontamento dei monconi fu fatto con due anelli di gomma elastica, posti sopra e sotto il ginocchio e tenuti avvicinati con adatte coregge; ed a capo di due mesi i monconi stessi furono di nuovo ricongiunti da callo fibroso, così bene da potere il paziente col solo bastone far più miglia a piedi.

Al 13 maggio 1872, in uno sforzo per tenersi in equilibrio e mentre avea l'arto destro in perfetta estensione, egli sentì un dolor vivo al ginocchio e si trovò incapace a reggersi. Nella stessa giornata entrato nella sezione del dott. Parona, questi riscontrava il ginocchio dolentissimo ed assai gonfio; la rotella stirata in alto, all' interno ed all'avanti; i monconi ossei della stessa ancora uniti da callo fibroso solido, della lunghezza d' un centimetro o poco più.

Il legamento rotulo-tibiale era distaccato dal suo punto di inserzione, e colla palpazione e per lo scroscio che si sentiva, si è potuto conoscere che col legamento si era distaccato un pezzo di tubercolo tibiale. Si fissò l' arto in estensione, come consiglia Nélaton, su un piano leggermente inclinato dai piedi alle natiche, e scomparsa la gonfiezza locale, si applicò un apparecchio inamovibile, non essendo necessario alcun congegno speciale per mantenere in posto il legamento staccato. Dopo 20 giorni l'ammalato volle tornarsene a casa; si seppe poi che il Maffei, dopo qualche mese, camminava munito della sola ginocchiera e con discreta facilità e speditezza.

Trattamento delle fratture della coscia cogli apparecchi inamovibili. del dott. HAMILTON. (*Allgemeine medizinische central Zeitung*. 10 febbraio 1875).

Hamilton, riconosciuto come autorità a New-York, offre una prova molto interessante sui danni dell'uso dell'apparecchio ingessato nelle fratture della coscia. Egli confuta principalmente l'idea invalsa, che nelle fratture della coscia l'apparecchio gessato valga a produrre guarigione senza accorciamento. Attribuendo questo errore alla inesattezza delle istituite misurazioni, presenta una collezione di 25 fratture di coscia trattate coll'apparecchio gessato, ed in cui aveva preso esatte misure. Fra 6 casi di rotture semplici di coscia in individui fino ai 18 anni successe l'accorciamento di 5[8 e 1 1[2 poll.; inoltre in tre casi esisteva deformità notabile alla regione del ventre. Fra 19 casi al di sopra dei 18 anni soltanto una volta successe la guarigione senza accorciamento; negli altri questo oscillava tra 3[8 e 2 poll. e generalmente superò in media 3[4 poll. Inoltre l'Autore rigetta l'applicazione dell'apparecchio gessato immediatamente dopo la lesione, a cagione della gangrena; ed adduce in prova 2 casi, in cui la gangrena venuta al membro derivò dall'allacciamento mediante le fasciature gessate.

L'Autore per queste ragioni nelle fratture della coscia preferisce l'uso della estensione a peso mediante le strisce di cerotto, nei ragazzi in combinazione con una stecchetta ai due lati. In 9 casi trattati in siffatto modo successe 3 volte la guarigione senza accorciamento, negli altri questo oscillava fra 1[4 ed 1 pollice, ed in media fu minore di 3[8 poll.

TOGNOLA.

Corollarii tratti dalla cura di quarantadue casi di frattura; del dottor FRANCESCO PARONA. (*Rendiconto biennale di clinica chirurgica*, Milano, 1875).

Per la cura di tali lesioni, l'apparecchio inamovibile fu quello preferibilmente adoperato. In quelle fratture nelle quali era necessaria molta solidità e pronta consolidazione dell'apparecchio, furono prescelti i gessati; e siccome non è sempre facile avere buon gesso, così in alcuni casi vi si suppliva colle modificazioni di Lafargue e Pelikan, mescolando cioè il gesso coll'acqua alluminosa o col silicato di potassa. Anche bagnando l'apparecchio dopo essiccato col silicato di potassa, diventa più solido ed il gesso si polverizza meno.

Alcuni nel costruire gli apparecchi inamovibili usano imbottirli di molta bambagia, ritenendo questa dotata di tanta elasticità da poter riempire il vacuo che molte volte resta tra il contenente ed il contenuto in conseguenza della detumefazione e riduzione dell'arto. Ma il dott. Parona ne usava parcamente, osservato avendo che cotesta imbottitura, dopo due o tre giorni di compressione, perde della sofficità sua; resta com'è e ed anzi, per la sua sofficità primitiva, ha lo svantaggio di rendere fin da principio l'apparecchio non abbastanza stretto, restando

dopo pochi giorni l'arto fratturato in un astuccio ampio ed incapace a mantenere l'immobilità ed il giusto rapporto dei monconi.

Alle fratture del femore dal più al meno, in tutti i casi, senza distinzione di sesso e d'età, vedeva associata la gonilite traumatica. Questa complicazione, avvertita da Gosselin, si manifestò a qualche ora o giorno dopo l'accidente con dolore e distensione delle capsule sinoviali, e per aumento di sinovia. Essa parve tanto meno spiegata quanto più la frattura era in alto; in una donna però sui cinquant'anni con frattura alcune dita sotto il gran trocantere, la gonilite era manifestissima.

Per questa circostanza, e per l'altra di non essere coll'apparecchio inamovib le sufficientemente garantiti dal giusto rapporto dei monconi, l'Autore addottò il sistema di tenere l'arto fratturato in un semplice apparecchio di Sculteto ed in estensione continua coi pesi per una ventina di giorni, onde lasciar tempo ad esso di detumefarsi completamente e ridursi in condizioni molto più favorevoli all'applicazione di un apparecchio inamovibile. In questo modo si può anche giornalmente verificare il rapporto dei monconi, rimetterli in caso di bisogno a posto e mantenerveli con un maggior peso e colla compressione diretta; di più tengonsi allontanati coll'estensione permanente i capi articolari del ginocchio, ovviando più facilmente la rigidità articolare. In fine così facendo si vince la spasmodia muscolare e si facilita il perfetto affrontamento dei monconi.

Nei casi di consolidazione imperfetta e tardiva il consiglio di Berard, Seutin, Velpeau di far alzare i fratturati corrispose ottimamente. In un giovane sano, robusto, esente da labi, con frattura alla diafisi del femore destro, nel quale in più mesi non si era potuto ottenere che una imperfettissima unione dei monconi con callo fibroso, la consolidazione si fece perfetta in un mese, dopo d'aver abbandonato l'ospitale e d'essersi messo a passeggiare colle gruccie all'aria libera.

Lussazione laterale esterna del cubito; del dott. HATRY. (*Lyon med. e Morgagni* 1875, fasc. I. II.).

Questo fatto viene dall'Autore fatto conoscere per la particolarità sua di non avere presentato soluzione di continuità delle parti molli.

Si trattava di un militare il quale cadeva con tutto il peso del corpo sulla mano destra dispiegata, per cui l'antibraccio subiva un movimento completo di torsione dall'infuori all'indentro restando penzolone. La superficie di lui posteriore era diventata esterna, l'anteriore interna; ogni movimento di estensione e di flessione riusciva impossibile, passivi erano quelli di pronazione e supinazione. Il gomito faceva considerevole tumore alla parte esterna della estremità sua superiore, le due ossa mantenevano i loro rapporti e sollevavano quivi la massa muscolare. Il diametro trasverso del cubito segnava 20 centimetri, mentre dal lato sano era di 13; il membro restava accorciato di 2 centim.; il tendine del tricipite bracchiale restava rilevato, teso e sviato all'infuori, quello del bicipite allo stato suo normale. Il capo del radio sentivasi a fior di pelle

e così l'olecrano, la cavità sigmoidea, l'apofisi coronoidea, l'epicondilo, la troclea e la cavità olecranica; l'epitroclea vedevasi separata dall'olecrano pel tratto di 6 centimetri. Tutti i legamenti articolari erano distratti; integri mantenevansi i vasi principali ed i nervi; eravi un pò di gonfiore e dolore.

La riduzione venne eseguita col processo comune, servendosi cioè di movimenti combinati di flessione e coaptazione, e respingendo all'indietro ed all'interno l'olecrano e tutta la estremità superiore dell'avambraccio; mantenendo poscia l'arto in flessione e sospeso mediante ciarpa. La reazione successiva fu leggerissima; al 10° giorno incominciossi ad imprimere al cubito alcuni movimenti di flessione e di estensione; indi coll'aiuto delle frizioni stimolanti, delle manipolazioni e della elettricità, al finire del secondo mese dalla riportata lesione, la guarigione era completa.

Lussazione ischio-pubica, ridotta col metodo razionale; del dottor Francesco Parona. (*Rendiconto biennale di clinica chirurgica*. Milano 1874).

Un contadino, d'anni 30, già claudicante per antica frattura del femore, cadendo ultimamente dalla altezza di circa 10 piedi restava colla gamba sinistra in esagerata abduzione, quasi ad angolo retto col tronco. Dessa era rotata all'esterno in modo da restare il malleolo interno volto in avanti. La natica era sensibilmente depressa, mentre la parte superiore esterna della coscia restava più tondeggiante mancando la piega anale. Tentando di girare l'arto si sentiva il capo del femore moversi in corrispondenza del foro ovale. La gamba era flessa, impossibile invece l'abduzione, la flessione e qualche movimento di rotazione; nulla si è potuto calcolare sulla alterata lunghezza dell'arto atteso la preesistenza della claudicazione. Il paziente soffriva assai, molestato come era da formicolio e torpore dell'arto, e per i dolori che pativa all'inguine corrispondente.

Sebbene non siisi riuscito ad anestesiare il paziente, tuttavia colle manualità consigliate per la riduzione di simili lussazioni secondo il metodo razionale, il capo femorale senza stenti venne prontamente ricondotto nella sua cavità. Ventidue giorni dopo l'ammalato veniva dimesso perfettamente guarito.

Processo speciale di riduzione di una vertebra lussata; del dott. Bliss. (*The med Presse* 23 dicembre 1874).

Cadendo sotto il peso di un fardello che portava sulle spalle, un uomo piegavasi sulle ginocchia e perdeva la coscienza; quando venne rialzato in lui rilevavasi la lussazione della undecima vertebra dorsale, con frattura della apofisi spinosa della stessa e di quella della nona e decima. Eravi paralisi completa alle parti sottostanti.

Essendo riuscito inutile un tentativo di riduzione, il dott. Bliss ci assicura di esservi riuscito nel seguente modo: Situato il paziente orizzontalmente, collocava due assistenti ai di lui estremi, piegava fortemente la colonna

vertebrale ad arco sostenendola coi proprii ginocchi, e poi premendo con forza sulla vertebra lussata ne otteneva facilmente la riduzione. La colonna vertebrale riprendeva immediatamente la propria forma ed in meno di tre minuti l'ammalato ricuperava il moto ed il senso.

Noi non osiamo mettere in dubbio questo risultato, supponiamo però che sarassi trattato di semi-lussazione; ad ogni modo il tentativo di riduzione, pure impiegandovi le medesime forze, poteva essere meno pericoloso e meno rozzo.

Strappatura dell'avambraccio con grave emorragia; del dott. Francesco Parona. (*Rendiconto biennale di clinica chirurgica.* Milano 1874).

Questo caso viene dal dott. Parona riferito a dimostrare non essere la emostasi costante nelle strappature degli arti.

Si tratta di un lavorante in una cartiera, della età di 53 anni, che preso alla manica destra della camicia ne avea trascinato l'avambraccio corrispondente fra le ruote di un ingranaggio. Liberatosi da sè da quelle strette e coll'arto quasi per intero stritolato, veniva preso da imponente emorragia e deliquio. A prevenire la rinnovazione dell'accidente si applicava un torcolare alla ascella, condotto il ferito all'ospitale si praticava la legatura della omerale, ed al giorno dopo si credette necessaria la amputazione in vicinanza al capo omerale. Ne avvenne la mortificazione parziale del moncone, l'esito finale fu però fortunato, chè a due mesi dall'accidente l'operato abbandonava perchè guarito lo stabilimento.

Due voluminosi polipi naso-faringei demoliti mediante un nuovo processo; del prof. Giosuè Marcacci. (*Rivista Scientifica*, 1875)

Un giovanetto d'anni 16, d'abito sanguigno venoso tendente al linfatico, ed un vecchio di 60 anni, venivano accolti nella Clinica diretta dal prof. Marcacci, quali affetti da voluminoso tumore alla retro-bocca. Il male datava nel primo da soli due mesi, nel secondo da più di quattro anni. Amendue presentavano a un dipresso gli stessi sconcerti funzionali; la voce era nasale, se non che nel giovine lo era in minor grado; la parola era in questi facilmente intelligibile, nel vecchio veniva male espressa e riesciva poco intelligibile. La respirazione era in amendue alquanto affaticata, e molto più camminando in fretta o salendo; erano costretti a dormire a bocca aperta: russavano con rumore straordinario da infastidirne gli altri ammalati, da doverli isolare; spesso nella notte erano destati di soprassalto come se il respiro venisse loro a mancare, ed i sonni erano assai inquieti e smaniosi. La deglutizione era pochissimo o nulla molestata: nessun dolore spontaneo nel tumore, e neppure provocato dai toccamenti; non emorragie di sorta, solamente nelle ripetute esplorazioni qualche volta il dito fu tinto di sangue; questo avveniva più nel giovine che nel vecchio; una certa ottusità di udito la avevano ambedue dal lato destro, con alcuni doloretti fugaci a modo di puntate nell'interno dell'orecchio.

I tumori erano a un dipresso ugualmente voluminosi, a larga base, e per quello che col dito potevasi riconoscere, occupavano tutta quanta l'apofisi basilare, il corpo dello sfenoide e la base del vomere; si avanzavano sul velo-pendolo e sul lato destro della faringe, rivestendosi della mucosa assai densa e rossa che li ricopriva tutti quanti; spingevano in avanti il velo-pendolo fino a farlo ripiegare contro la volta palatina, meno però nel giovine che nel vecchio, nel quale il tumore sporgeva fino a raggiungere la metà della bocca; nella parte più sporgente la mucosa offriva un colorito più fosco con vasi varicosi. Come si è detto, la nuova produzione aveva, sì nell'uno che nell'altro, invaso il lato destro della faringe camminando sotto la mucosa di cui si era ricoperta: incontrando qui la corrispondente apertura della tuba eustachiana la otturava almeno in parte e la ricopriva; e da ciò la ottusità dell'udito da questo lato ed i dolori. I tumori sorpassavano in basso il velo palatino e vedevansi facilmente al solo aprir della bocca; anzi quello del giovine, a base meno ampia, scendeva più in basso che l'altro e si approssimava all'apertura faringea. Avevano una consistenza come fibrosa, erano di superficie liscia e godevano di una certa elasticità. Una qualche ineguaglianza sentivasi in quella porzione che occupava il lato destro della faringe. Le irregolarità erano costituite da lobulazioni assai superficiali e levigate. Una sonda spinta nella narice sinistra raggiungeva liberamente la colonna vertebrale: a destra penetrava ugualmente; ma dopo aver vinta una certa resistenza. Nel vecchio parimenti penetrava bene a sinistra, ma era arrestata all'apertura posteriore a destra; il tumore sembrava come adeso ed immedesimato col velo-pendolo e col lato destro della faringe. Nessuno dei due aveva propaggini o diramazioni, e si limitavano a riempiere quasi completamente la faringe.

Si diagnosticava, tanto nell'uno che nell'altro, un fibroma che sorto dal periostio dell'apofisi basilare dell'occipitale e del corpo dello sfenoide si fosse sviluppato ed accresciuto spingendo dinanzi a sè la mucosa, sì della parete superiore della faringe come del velo palatino e della parete laterale destra della faringe cui aderiva. Ciò concordava col tempo impiegato nel loro sviluppo, colla consistenza veramente fibrosa, con una certa elasticità renitente, col presentare una superficie piuttosto levigata, colla loro sede, col non aver dato mai sangue neppure ai ripetuti toccamenti ed alle esplorazioni, col difetto di ogni sorta di dolore anche sotto la più valida pressione, ed in ultimo risultava dalla nozione che i tumori naso-faringei sono quasi sempre fibrosi.

In vista della gravezza dei casi, nella impossiblità di applicare la elettro-caustica e prima di appigliarsi a qualsiasi atto cruento che sarebbe sempre riuscito grave, il prof. Marcacci previa incisione verticale del velo-pendolo volle tentare la elettrolisi.

A ciò fare infisse in ciascuno dei tumori due lunghi aghi d'argento che pose in comunicazione con due pile alla Bunsen a tre elementi, una per ciascun malato. All'aprire ed al chiuder della corrente i malati

ebbero scosse penose. La prima seduta durò dieci minuti e le successive furono protratte adagio adagio fino a mezz'ora; sebbene con molto disagio, dovendo i malati tenere la bocca aperta per tutto quel tempo. La applicazione veniva ripetuta tutti i giorni pel corso di un mese, facendo qualche eccezione quando la seduta antecedente lasciava dietro di sè dolore, specialmente nell'orecchio destro, e turgore. Il punto della infissione degli aghi era sempre presso a poco lo stesso attraverso la fenditura del palato molle, procurando però di approfondarne la punta in direzioni diverse da poter agire ad intervalli su tutta la massa dei tumori.

Ma colla elettricità così applicata non ne risultava che una specie di spaccatura al centro dei tumori ed abbastanza ampia per potervi introdurre l'apice di un dito, rimanendo la massa loro uguale. Decisosi quindi per la demolizione, l'operatore incominciando dal ragazzo ideava il seguente processo.

Collocato il paziente dirimpetto alla viva luce, tenuta divaricata la bocca mediante uno *speculum*, abbassata la lingua col depressore del Colombat, e ferma la testa contro il petto di un assistente, con un piccolo bistorì praticava due incisioni trasversali partenti dalla verticale già esistente e rasentanti l'orlo posteriore della vôlta palatina fino ai pilastri, onde ottenere due lembi pendenti ai lati lascianti spazio sufficente ad operare. Non appena però vi si accingeva, insorse un violento accesso di soffocazione che richiese la tracheotomia, dopo la quale si potè continuare nella operazione.

Compiute quindi le due incisioni trasversali, disseccavansi i lembi risultati fino ai pilastri che non avevano alcuna aderenza al tumore; i lembi rimasero penduli ai lati e si ottenne così un'ampia via che permise di dominare tutta la morbosa produzione, sottraendosi alla vista solamente quella parte della base che rimaneva al di dietro di tutta l'altezza delle fosse nasali. La si afferrava fortemente con pinzette curve uncinate e storcendola alcun poco la si estirpava per la massima parte; ma la sostanza del tumore avendo acquistato una certa mollezza non resse alla trazione tutta quanta, e si dovè ripetere più volte l'applicazione di questo strumento, non che delle pinzette a polipo.

Quando non rimanevano altro che dei frastagli si cauterizzava la superficie già occupata dal tumore mediante la galvano-caustica termica, rimandando ad altro giorno la stafilorafia.

Esaminata la sostanza del tumore non offriva caratteri bene determinati, lasciando solamente qualche sospetto circa alla sua malignità.

La cannula introdotta nella trachea la si lasciava in sito fino a sera; rimossala avvicinavansi mediante listerelle di cerotto le labbra della ferita, che al quinto giorno era cicatrizzata. Al decimo, il prof Marcacci portando un dito sulla vôlta faringea vi sentiva un bottone carnoso, molle, abbastanza voluminoso e vi applicava successivamente tre bottoni infuocati coi mezzi ordinarii che preferiva alla galvano-caustica. Dopo altri venti giorni l'operato partiva guarito dall'ospitale; nè occorse la

stafilorafia perocchè il velo-palatino erasi spontaneamente alquanto racconciato e la fenditura mediana ristretta; la deglutizione si compiva molto bene, senza alcun riflusso nelle fosse nasali, e la parola sebbene un pò gutturale era benissimo intelligibile.

Tale brillante risultato però venne funestato se non dalla recidiva in sito, però dalla diffusione dalla malattia alle glandule linfatiche parotidee e cervicali; in seguito di che il giovane moriva alcuni mesi dopo l'operazione.

Uguale all'ora descritto fu il processo operativo seguito nell'altro malato, in questi però si faceva precedere la tracheotomia; il velo-pendolo poi era aderente al tumore e con esso lo si dovette esportare; nella cauterizzazione successiva si dava anche qui la preferenza al ferro reso incandescente col carbone. L'esito finale fu infausto, essendo l'operato morto al 18.° giorno per esaurimento.

Questi due casi per altro addimostrano il fatto della possibilità di estirpare, per la via della bocca, grossi tumori situati nella parte più alta della faringe, sebbene abbino una base estesissima; ed il primo ancora prova che sebbene il velo-pendolo venga foggiato a due lembi pendenti può riprendere una posizione pressochè normale e funzionare anche senza ricorrere alla stafilorafia.

Polipi multipli del retto, prolasso, legatura, schiantamento in varie riprese; del dott. Fouchier. (*Lyon Méd.*, 1875. N. 10).

Una servente, d'anni 18, da 6 anni aveva osservato che una massa voluminosa uscivale dal retto durante gli sforzi del defecare; gli escrementi presentavansi più o meno sanguinolenti, il tumore faceva ernia ma rientrava spontaneamente; più tardi essendosi fatto più voluminoso era duopo ridurlo coll'ajuto della mano, il dolore si era fatto vivo, la menstruazione diventata irregolare, ed era palese la anemia profonda degli emorroidarii.

Il tumore, che durante la defecazione usciva dall'ano, aveva il volume di un pugno, coperto di mucosità e di grumi sanguigni; occupava i quattro quinti posteriori dell'ano e ripulito lo si vedeva ricoperto dalla mucosa del retto prolassata.

Questa membrana era coperta da tumori varii in volume, da una lenticchia ad una piccola noce. I più grossi in numero circa di venti, erano piriformi, peduncolati, molli, ricoperti da mucosa sana facilmente sanguinante; il loro picciuolo assai sottile, lasciavasi recidere da un filo a legatura. I più piccoli molto più numerosi, erano sessili e riusciva impossibile il trovare un punto di quella mucosa che non presentasse dei mammelloni corrispondenti al primo stadio del loro sviluppo. Introducendo due dita nell'intestino, sentivasi che la mucosa aveva subìto la stessa alterazione, nè si poteva giungere a sentirne il limite superiore; i tumori erano anche qui più numerosi alla parete posteriore.

Premessa la anestesia generale, Fouchier in una prima seduta praticava la legatura della parte prolassata, dividendone la base in cinque picciuoli col mezzo di altrettante anse di filo ed escidendo la maggior parte del tumore; praticava lavacri detersivi e disinfettanti nel retto e nel termine di sei settimane, mediante una cura ricostituente e ferruginosa, l'operata vedevasi ricostituita. In allora servendosi delle dita e di mollette da polipi, l' operatore schiantava tutti i polipi che potè incontrare fino alla altezza di tre centimetri dallo sfintere. Fuvvi lieve emorragia, tosto frenata con un clistere di emostatico Pagliari, e dopo tre settimane l'ammalata abbandonava l'ospitale, liberata dai dolori e dalle emorragie, conservando però alcuni piccoli tumori sessili ed un aspetto mammellonato della mucosa che lasciava temere una pronta recidiva.

Infatti, sette mesi dopo l'ammalata ritornava allo stabilimento, ove l'operatore estirpava e schiantava colle unghie tutto che potè raggiungere; nè introducendo nell'ano quattro dita ed il metacarpo ancora potevasi raggiugnere il limite superiore della lesione. Dimessa dalla Clinica, per la terza volta vi ricorreva dopo altri sette mesi; si riescì allora ad afferrare colle dita, alla fine del retto intestino, la mucosa liscia normale. Si potè constatare che lo sviluppo delle masse morbose era arrestato, ne rimanevano però delle antiche. Perciò, previa anestesia generale, levaronsi alcuni altri tumori peduncolati, si raschiarono e distrussero senza inconvenienti tutti i sessili e dopo dieci giorni la paziente veniva dimessa.

I tumori erano per la massima parte costituiti da glandule tubulate del retto, sviluppate in modo eccessivo; praticando un taglio sulle prominenze più piccole della mucosa, scorgevasi poi che in tali glandole stava il primo elemento dell'anormale sviluppo, proliferando poscia ed ipertrofizzandosi il tessuto connettivo periglandulare; e la alterazione meritava il nome di *adenoma*. Dessa adunque non poteva riferirsi alla rettite poliposa, nè assomigliarsi alla colite della stessa natura descritte da Lebert; nemmeno si possono vedere in essa i polipi cistici da Virchow rinvenuti nel *colon*; soltanto Richet riferiva un caso simile al suesposto.

Modificazione osteoplastica alla operazione del labbro leporino; del prof. Duplay. (*Union Méd.*, 1875, N. 18).

Onde rimediare all'appiattimento dell'ala nasale che rimane dopo l'operazione del labbro leporino dal lato della fessura, se si tratta della divisione semplice egli recide mediante cesoje la porzione cartilaginea del setto, dopo avere preparati i margini della fessura labbiale, e praticata la dissezione rapida della mucosa alveolare e delle aderenze che vi possono esistere gli riesce facile smuovere il naso in massa in modo da portarne il lobulo nella linea mediana; l'appiattimento scompare in allora del tutto. Compie l' operazione mediante sutura attorcigliata.

Qualora esistesse anche la divisione del palato osseo e dell'arcata dentale, Duplay prima di riunire i lembi del labbro coregge la differenza delle due metà colla osteoplastica seguente: Distacca dalla estremità anteriore della metà sana più prominente, un piccolo tubercolo che lascia aderente posteriormente e che unisce mediante sutura colla estremità libera dell'altra metà previamente cruentata, e ciò all'intento di produrre una specie di tubercolo mediano, analogo a quello che esiste nel labbro leporino bilaterale.

In un caso operato dall'Autore il risultato fu completo, ed i germi contenuti nel tubercolo fratturato produssero i denti.

L'operazione però viene ad essere con tale processo molto complicata, ed espone facilmente all'emorragia; che in tutti, ma specialmente nei bambini, devesi avere somma cura di evitare.

Stafilorafia eseguita col processo di Sedillot; del dott. Carlo Gallozzi. (*Morgagni*, 1875, fasc. I e II).

Dovendo operare un giovane affetto da divisione del palato molle, il prof. Gallozzi ad ogni altro preferì il processo di Sedillot; il quale ha il vantaggio di paralizzare il velo-pendulo nei suoi movimenti e facilitare così il coalito dei lembi cruentati e messi a contatto. Egli agì quindi nel seguente modo:

In un primo tempo, proponendosi di recidere il muscolo peri-stafilino interno, afferrava successivamente con una pinzetta ciascuna delle parti inferiori ed interne del velo-pendulo; e dirigendole in basso ed all'indietro, immergeva nella spessezza del velo, senza traforarlo, la lama dello scarificatore, dall'alto al basso e dall'indentro all'infuori, onde cadere perpendicolarmente sul tragitto del peri-stafilino interno, portandosi circa dieci millimetri al dissopra ed all'esterno del margine superiore dell'ugola ed un pò all'indietro ed all'interno dell'ultimo dente molare superiore; e ciò fatto le parti corrispondenti del velo si rilasciavano.

Recideva poscia in un secondo tempo e da ciascun lato i due pilastri; e per ciò afferrava con una pinzetta uncinata il pilastro anteriore nella sua parte media, lo stirava dolcemente all'indentro e con un colpo di forbice lo recideva, prolungando l'incisione della mucosa fino nel mezzo dei due molari superiore ed inferiore. Più in basso recideva il pilastro posteriore; e vedeva avvicinarsi le parti divise.

Servendosi poscia più del coltello che delle forbici cruentava i margini del velo, prolungando di poco in alto la escisione, generosamente praticandola invece all'inbasso.

Onde applicare i punti di sutura si serviva dell'ago portafilo metallico di Sims, col quale passando dapprima dall'avanti all'indietro e poscia viceversa ne applicava due con filo d'argento superiormente; preferiva porre il terzo in prossimità al margine libero con filo di seta, nel timore che le estremità della spira metallica avessero ad urtare molestamente contro la base della lingua, e per questa applicazione si serviva della pinzetta di Roux e di un ago comune di cucitura.

Nessun grave accidente tenne dietro all' operazione', se si eccettui una lieve emoraggia insorta al quarto giorno che cedette coi mezzi ordinarii. Al quinto giorno vennero rimossi i punti e la guarigione fu completa col perfetto esercizio nelle funzioni della parte.

Tre altri casi di esportazione della laringe; dei prof. Heine, Billroth e Bottini. (*Lancet*, 1874 3 dicembre. Morgagni fasc. I. e Giornale della R. Accad. di medicina di Torino 1875).

La azzardosa operazione immaginata ed eseguita per la prima volta dal prof. Billroth e della quale abbiamo dato conto (« Rivista di medicina chir. e terap. 1874 V. II pag. 568 ») veniva nel marzo 1874 ripetuta dal prof. Heine. La praticava egli in un uomo di 50 anni per epitelioma, esportando la laringe (meno l'epiglottide) e l'osso joide. Anch'egli durante l'atto operativo si serviva della cannula di Treudelenburg, le cui particolarità giova quì richiamare. Porta cioè dessa alla porzione sua tracheale una camicia elastica che può gonfiarsi ad aria; praticata la tracheotomia si introduce il tubo nella trachea e quindi si gonfia la camicia, di modo che la trachea comunichi coll'esterno non colla laringe; alla estremità libera della cannula poi si addatta un tubo elastico onde facilitare la cloroformizzazione. Cinque mesi dopo l'operazione l'ammalato di Heine non presentava traccia alcuna di recidiva.

Probabilmente incoraggiato da questo nuovo caso e per essere il primo da lui operato morto per riproduzione del male anzichè per conseguenze dell'atto operativo, il prof. Billroth si credette autorizzato a ripetere la prova.

Si trattava di un uomo a 50 anni, avente un tumore alla corda vocale sinistra che andava rapidamente crescendo portando grave difficoltà al respiro. L'operazione venne abilmente eseguita alla presenza di molti testimonii. L'ammalato moriva al quinto giorno per insorta pneumonite.

Affatto di recente il prof. Bottini eseguiva pure simile operazione, in un giovane contadino di 24 anni affetto da neoplasma intralaringeo. Già operato inutilmente colla laringotomia e colla cauterizzazione galvanica, decisosi ad esportare la laringe, il prof. Bottini praticava alla linea mediana del collo ed in corrispondenza dell'osso joide e verticalmente una incisione della lunghezza di cinque centimetri, fino alla fistola tracheale occupata dalla cannula che a permanenza stava nella trachea; con due incisioni orizzontali dava a questa incisione la forma di una lettera I, circoscrivendo due lembi laterali quadrati che disseccava mettendo a nudo la regione joidea. Procedendo indi guardingo, denudava la parte anteriore della laringe, che mediante stromenti ottusi e le dita staccava dalle aderenze sue coll'esofago. In allora per essere il collo eccessivamente corto e grosso ed incessanti i conati di espettorazione, anzichè togliere la laringe in due soli tempi recidendola cioè al dissotto indi al disopra, la si dovette demolire a più riprese sospendendo tratto tratto l'operazione perchè il paziente avesse campo di rigettare dalla cannula la mucosità ed il sangue che non potevasi impedire cadesse nella trachea.

Si dovettero legare varie arterie, comprese le laringee superiori, altre vennero domate mediante il cauterio galvanico. La recisione inferiore cadeva allo spazio cricotiroideo, la superiore al legamento tirojoideo, per dove col bistori di Savigny staccavasi l'inserzione dell'epiglottide; e si fu in allora che apparve una massa grigia-rossigna, gemente copiosamente sangue, che mascherava ed aveva reso pericoloso l'atto operativo. Lasciata in sito ed assicurata la cannula, e dopo avere provvisto ad una completa emostasi, la ferita veniva riunita con sutura in parte attorcigliata ed in parte nodosa.

Un abbattimento piuttosto grave, cui si rimediava injettando mediante la siringa esofagea sostanze stimolanti nello stomaco, susseguiva immediatamente all'operazione; insorse anche una risipola all'ingiro della parte operata, con formazione di ascesso al capo ed alla palpebra inferiore sinistra; con tutto ciò curando la alimentazione artificiale dell'operato e medicando convenientemente le insorte complicazioni, in pochi giorni riuscì a deglutire spontaneamente le sostanze liquide e semisolide, mantenendosi la guarigione ora che son passati cinque mesi dall'operazione.

Aneurisma per ferita della arteria femorale; compressione indiretta: guarigione; del dott. Francesco Parona. (*Rendiconto biennale di clinica chirurgica*, Milano 1874).

Un mugnajo, d'anni 30, mentre facendo uso della mano sinistra stava cucendo un sacco, si infiggeva l'ago lungo e lanceolato al lato interno inferiore della coscia destra approfondandovelo per più di tre centimetri. Un getto di sangue rutilante usciva al ritirare dell'ago dalla ferita, e che veniva arrestato mediante pressione e bagni freddi. Trasportato poco dopo all'ospitale di Novara, il dott. Parona rilevava quanto segue:

Al punto ove l'arteria femorale passa nel canale del grande adduttore, esisteva una ferita della lunghezza di tre millimetri, a bordi già perfettamente affrontati; la coscia era tesa, dura, leggermente dolente in tutta la sua parte interna inferiore, misurando in circonferenza quattro centimetri e mezzo di più della sinistra. Si praticava una fasciatura espulsiva all'arto, sovrapponevasi una vescica contenente ghiaccio soppesto alla parte lesa; e posto l'arto in estensione, per varii giorni non si fece che rinnovare la fasciatura mano mano che il di lui volume diminuiva, finchè rimase in corrispondenza della parte ferita un tumore del volume di un piccolo arancio e leggermente pulsante, in allora però senza soffio. Questo rendevasi manifesto soltanto al ventesimo giorno, porgendo così la prova trattarsi di aneurisma traumatico. Alla fasciatura si aggiungeva quindi la compressione indiretta al triangolo dello Scarpa, mediante un compressore fatta alla foggia di quello di Skey.

Questo compressore è costrutto sul modello del torcolare di Petit, colla differenza che una armatura di ferro rimpiazza i nastri laterali; e fu benissimo tollerato dal paziente, essendosi potuto continuare con esso per più giorni con poche ore di riposo e con qualche diminuzione nel vo-

lume del tumore. Ma essendosi il miglioramento arrestato, dubitossi che la fasciatura e la compressione diretta svuotando il tumore impedissero la formazione dei coaguli attivi; ed infatti tolte queste cause, bastarono poche ore perchè la compressione indiretta rendesse il tumore duro ed immobile. Tre giorni dopo il malato usciva dall' ospitale, il tumore andava gradatamente svanendo e da più di un anno la guarigione è perfetta.

Aneurisma del cubito da salasso, guarito colla compressione indiretta; del dott. Francesco Parona. (*Rendiconto biennale di Clinica chirurgica.* Milano 1875).

Un giovane falegname di anni 21, riportava in conseguenza di salasso la ferita della arteria omerale poco avanti la sua biforcazione; ma, nè medico nè ammalato si accorsero in sulle prime dell' accidente, non essendosi visto getto rutilante, nè verificato trombo od altro inconveniente; e solo nel giorno consecutivo il curante, rifacendo la medicazione, vedeva nel luogo della fatta incisione un tumoretto del volume d'un osso di ciliegia che svelò l'accidente occorso. Molto a proposito, fino da quel giorno si tentava di guarire l' incipiente aneurisma colla compressione diretta; ma questa fu di nessun vantaggio per l' indocilità del paziente, il quale sentendosi bene non sapeva capacitarsi della necessità del riposo.

Cinque mesi dopo il malato entrava all'ospedale. Il tumore era pulsante in modo sincrono al cuore, aveva il volume d'una grossa noce, era tondeggiante, coperto di cute naturale e scorrevole. Nel punto culminante di esso si vedeva una macchietta rossigna dell' estensione e forma d'un seme di poppone, la quale altro non era che la cicatrice dell' incisione fatta per il salasso. Infatti, compresse le vene al braccio, si vedeva che la mediana basilica le scorreva vicino ed attraversava il segmento esterno superiore del tumore. Coll'ascoltazione si sentiva in esso, e sopra e sotto lungo il decorso dei vasi arteriosi, un manifesto fremito. L'infermo non sentiva molestie particolari all'arto, vi accusava solo stanchezza.

Fattasi diagnosi di aneurisma traumatico semplice, si diè tosto mano alla compressione digitale indiretta. Questa fu continuata per varie ore, ma poscia venne abbandonata per insufficienza di personale capace di eseguirla con profitto. Al giorno dopo si applicò il compressore anullare, mantenendo l' arto in estensione e supinazione, orizzontalmente al corpo ed adagiato su d' un guanciale. Tollerando il paziente assai bene l'apparecchio, si lasciò in posto fino al giorno seguente, facendo soltanto diminuire di tratto in tratto, da un infermiere, la compressione, quando il paziente sentiva il bisogno d'un po'di riposo. In tal modo, in meno di dodici ore il tumore era completamente obliterato. Indi a quattro giorni l'ammalato lasciava l'Ospitale col tumore ridotto a metà volume e perfettamente duro. In seguito il male continuò a decrescere e pre-

sentemente in sua vece si trova un corpicciolo duro e grosso come un grano di frumentone.

Varici alle gambe curate radicalmente, mediante injezioni con idrato di cloralio; del dott. Francesco Parona. (*Rendiconto biennale di Clinica Chirurgica.* Milano, 1875).

1.º Un giardiniere d'anni 70, portava manifeste varici alla gamba sinistra fino dal ventesimo suo anno. Verso il quarantesimo cominciarono le esulcerazioni, gli edemi, gli eritemi e tutte le altre complicazioni proprie di tale malattia; e da allora, dal più al meno, l'infermo ne era sempre stato molestato. All'arto destro era soltanto leggermente varicosa la safena interna, a sinistra invece la vena dello stesso nome era varicosa fino al suo sbocco nella femorale. Da questo punto fino al quarto inferiore della coscia, presentava il volume del dito mignolo, leggermente flessuosa e cilindrica; più in basso si faceva tortuosa ma di calibro irregolare, ed in corrispondenza al condilo interno si allargava in guisa da formare un tumore del volume d'una ciliegia. Da qui fin sotto al polpaccio la dilatazione era tale da simulare ammassi di grossi lombrici tra loro aggomitolati. La safena esterna era in istato naturale. Alla metà inferiore della stessa gamba la pelle era tesa, nerastra, lucente, sottile ed esulcerata per la estensione di 3 in 4 centimetri.

Dopo alcuni giorni di riposo, si fecero quattro injezioni di una soluzione d'idrato di cloralio, nella proporzione consigliata dal Porta, lungo la safena interna nei punti dove la varicosità era più spiccata. L'infermo sentì bruciore durante e poco dopo l'operazione nel luogo delle punture ed il coagulo si formò immediatamente; non vi furono complicazioni nè locali nè generali e neppure si ebbero segni ipnotici manifesti, sebbene complessivamente si fossero injettati quattro grammi di cloralio. Cinque giorni dopo si fecero altre tre injezioni nei punti intermedii ai primi e con pari risultato. La piaga rapidamente cicatrizzò, per la maggior parte le varici divennero più piccole e dure, per cui stando il paziente in piedi desse non si designavano sotto pelle.

L'operato usciva 22 giorni dopo le prime injezioni, essendo da varj già convalescente.

2.º Un caffettiere d'anni 45 entrava nella II^a^ sezione chirurgica dell'Ospitale di Novara, perchè da qualche giorno gli si erano fatte dolenti in più punti le vene d'ambedue le gambe, da molti anni varicose. La flebectasia era limitata alla safena interna, dal ginocchio in giù, e sui polpacci. A qualche centimetro sopra il malleolo interno destro vi era una piaga della grandezza d'un soldo.

Mitigata, cogli emollienti e con le unzioni d'unguento cinereo misto a belladonna, la flebite in corso, si praticarono due injezioni di idrato di cloralio alla gamba sinistra e tre nella destra, adoperando complessivamente tre grammi di esso. Alla gamba destra la reazione fu minima, piuttosto viva nella sinistra, ed in un gomitolo venoso esistente al polpaccio, dove in precedenza era stata più manifesta e insistente la flebite.

Ad aumentare cotesta reazione probabilmente contribuì l'essere l'infermo disceso più volte dal letto nel giorno stesso dell'operazione. Ciò non pertanto, coi bagni freddi d'acqua vegeto-minerale e col riposo, la risoluzione fu perfetta senza suppurazione od altro accidente.

Dopo 14 giorni di cura la piaga era già chiusa, le vene, dapprima varicose e dolenti, eransi convertite in piccoli cordoni duri ed insensibili. Munito il paziente di calze di tela, indi a quattro giorni lasciava l'Ospitale.

Tre mesi dopo il paziente conservava le stesse condizioni di quando era uscito dall'Ospitale.

3.° Un contadino d'anni 50, aveva varicosità circoscritte al terzo superiore interno della gamba destra ed erano in lui ectasiche tanto la safena interna che le collaterali. La pelle alla parte inferiore della gamba era nerastra, squamosa ed esulcerata in due luoghi. Il paziente aveva un color giallastro, fisconia di milza e tutti gli altri segni di avanzata cachessia palustre.

Si fecero tre injezioni di idrato di cloralio nelle vene ectasiche; la obliterazione loro successe lentamente ed il grumo non si rese manifesto che dopo due o tre giorni.

Le piaghe però, anche colla più diligente medicazione, non mostrarono tendenza alcuna a cicatrizzare; anzi, ad un mese dopo che l'ammalato era entrato all'Ospitale, i loro bordi si fecero tumidi, rossastri e gangrenarono in parte: si aggiunse resipola dell'arto, preceduta da febbri a freddo e non fu che dopo la sommistrazione di ripetute dosi di chinina ed una prolungata medicazione tonica locale, che l'infermo si rimise dal cattivo stato in cui si trovava; la piaga potè allora chiudersi, nè più si riaperse.

4.° Un contadino d'anni 68, da molti anni era di tratto in tratto obbligato al riposo per piaghe che in conseguenza di varici si formavano alla gamba destra. Ultimamente se ne vedevano cinque, la più piccola delle quali era della grandezza di un soldo. Tre di esse esistevano al lato inferiore interno e due posteriormente. L'ectasia venosa erasi diffusa a quasi tutta la gamba sotto il condilo interno del femore, la varicosità era però più avvanzata. La pelle eczematosa vedevasi coperta da squame epidermiche, sottili.

In questo caso si fecero in due riprese cinque injezioni. Le piaghe cicatrizzarono rapidissimamente, la pelle si fece naturale, le vene si ridussero assai di volume, in qualche punto si obbliterarono, ma nel complesso si mantennero pervie. In tali condizioni ritornò alla propria casa, non volendo più oltre fermarsi all'Ospitale.

Ma dopo la cura potè subito attendere ai lavori di campagna, percorrendo più volte quindici a venti chilometri di strada senza la più piccola molestia; le piaghe più non comparvero, sebbene da tempo non mettesse la calza contentiva e lavorasse a gambe scalze, le vene face-

vansi più dilatate di quando lasciava l'Ospitale, ma non come quando vi era entrato.

5.° Un contadino d'anni 48, aveva una piaga da varice della grandezza di 3 in 4 cent. alla parte esterna e media della gamba sinistra. All'ingiro di questa e sul polpaccio si vedevano varie vene ectasiche, ma di volume proporzionato alle stigmati dei guasti pregressi. Si fecero tre injezioni della solita soluzione di cloralio; si ebbe reazione, limitata al punto operato ma piuttosto viva, che fu vinta coi bagni freddi d'acqua vegeto-minerale. La piaga cicatrizzò rapidamente e l'ammalato sortì dopo venti giorni di degenza colle vene ectasiche perfettamente obliterate.

6.° Una prestinaja d'anni 35, si mise in cura non potendo più attendere alle sue incombenze a motivo di varici e piaghe che aveva alla gamba sinistra. Essa raccontava che da sette anni, di tratto in tratto, era obbligata a letto per piaghe, le quali per un non nulla si formavano e che, anche quando guarivano, stando essa in piedi provava senso di crampo, di torpore o d'ingorgo alla gamba, che nella giornata si gonfiava; una vólta, rottasi una vena ectasica, ebbe emorragia, e di tratto in tratto le comparivano dei bitorzoletti ed eritema alla parte inferiore della gamba ed al dorso del piede dove la varicosità era si può dire delimitata. Con quattro injezioni la flebectasia scomparve, la piaga cicatrizzò con rapidità singolare e d'allora in poi potè stare in piedi tutto il giorno e camminare a lungo senza incommodo; le vene non più comparvero, nè nel luogo operato, nè in altre parti della gamba.

7.° Una cuciniera d'anni 46, sebbene da tempo avesse varici alla gamba sinistra, da un anno soltanto era molestata da esulcerazioni, che si formavano in quest'arto alla più leggiera contusione. Ultimamente eransele formate tre piaghe al terzo inferiore della gamba sinistra. Esse avevano fondo sporco, bordi tumidi, dolenti, la pelle all'ingiro era di color resipelaceo. La varicosità era più manifesta al dorso del piede, dietro il malleolo interno e lungo il lato interno della gamba fino al ginocchio.

Migliorato lo stato delle piaghe, si fecero tre injezioni di cloralio. Una appena sotto il ginocchio nella safena interna, un'altra nel ramo anastomotico tra la safena esterna ed interna che si trova al terzo superiore anteriore della gamba, una terza in un gozzo varicoso esistente appena al di sopra del malleolo interno. La prima produsse immediatamente coagulo senza alcun accidente consecutivo; la seconda fece pure coagulo, ma diè luogo ad un'escara della grandezza d'una lenticchia, superficiale, di color nerastro, che si distaccò dopo venti giorni senza uscita di grumo od altro accidente. La terza non bastò a far coagulare il sangue nel nodo varicoso, ma produsse solo un raggrinzamento del sacco venoso. Ripetutasi però qualche giorno dopo l'injezione nello stesso punto, il coagulo si formava perfetto.

La cicatrizzazione della piaga in questo caso fu lentissima, per cui

l'ammalata non lasciava l'Ospedale che tre mesi e mezzo dopo l'operazione, rimanendo perfettamente guarita.

8.° Un uomo d'anni 64, era affetto da estesa piaga da varice al terzo inferiore della gamba destra. La varicosità esisteva alla safena interna dal ginocchio in giù. L'injezione si fece in tre punti superiormente alla piaga. Reazione mitissima, coagulo perfetto, nessuna azione ipnotica anche in questo caso. La piaga impiegò 40 giorni a chiudersi, in seguito l'infermo munito d'una calza di tela usciva dall'Ospitale senza traccia della varicosità preesistente.

9.° Un contadino d'anni 51, fino dall'età di 20 anni aveva varici alla gamba destra. Da qualche anno si complicavano con piaghe, eritema, gonfiezza e senso di torpore nell'arto, per cui moltissime volte fu nella necessità di ricoverare all'Ospedale e stare inoperoso per molti mesi di seguito.

Da due mesi, avanti la ultima sua entrata all'Ospitale, senza una causa ben nota, si formava sulla parte inferiore dello stinco una piaga più grande d'uno scudo; alla gamba non vi erano varici. A destra però dalla parte superiore della coscia, fino al lato interno del ginocchio, la safena interna era del volume del dito mignolo, leggermente tortuosa. Sotto il ginocchio si vedeva un grosso nodo varicoso, ed un altro grosso quanto una mandorla era più in basso, tra il terzo medio e superiore della gamba. Tra questi due nodi immettevano nella safena interna due grossi vasi varicosi, provenienti l'uno dalle regioni della safena interna, attraversando la gamba all'avanti, l'altro veniva dal basso dove vi era la piaga. Si fecero injezioni nei due nodi varicosi e nei due vasi collaterali ora menzionati. Il coagulo si formò immediatamente. Alcuni giorni dopo si praticarono altre due injezioni nei punti intermedii già indicati e con ottimo risultato. Cicatrizzata la piaga l'infermo volle uscire, contro il parere del curante; giacchè, nel nodo varicoso inferiore essendosi rammollito il coagulo, sarebbe occorsa un'altra injezione. Si seppe in seguito che per la poca cura del paziente, il nodo inferiore dopo qualche tempo si fece rosso e dolente, molle in guisa da simulare un ascesso; che la pelle in questo luogo si esulcerava lasciando uscire una sanie color feccia di vino, senza grumi nè sangue; per cui havvi a credere non si trattasse d'altro che di una periflebite circoscritta. Lo stato dell'arto complessivamente migliorava d'assai e tutte le vene si fecero molto meno appariscenti ed ectasiche di quello che fossero avanti le injezioni.

10.° Un contadino d'anni 35, aveva alla gamba destra una piaga da varice. La flebectasia era limitata alla safena interna e rami collaterali, ed alcune di questi avevano un decorso molto serpentino. La piaga presentava la grandezza d'un soldo ed era situata cinque centimetri al di sopra del malleolo interno. L'infermo era pallidissimo ed offriva tutti i segni propri dell'infezione palustre.

Dopo che l'edema esistente all'arto ammalato si fu dissipato e le condizioni generali del paziente migliorate alquanto, praticaronsi tre in-

jezioni di idrato di cloralio nelle vene più ectasiche. Per qualche ora l'ammalato accusò bruciore ai luoghi delle punture, e nei giorni successivi ebbe anche dolenza e gonfiore lungo il decorso delle vene operate, le quali si fecero dure per coaguli formatisi in esse.

Il dolore però e la gonfiezza si dissiparono completamente in una settimana, e poco dopo anche la piaga era cicatrizzata.

Mentre però il paziente stava per lasciare l'ospitale, improvvisamente fu côlto da brivido di freddo, la gamba si fece dolente, ed al giorno appresso era tutta invasa da risipola, la quale pare egli contraesse da un suo vicino di letto. Per questo la piaga tornò a riaprirsi, il polso ascese a 130, la temperatura a 41°, la resipola invase la coscia ed il dorso; s'aggiunse aridezza della lingua, sudore profuso e gonfiezza dell'articolazione radio-carpica sinistra e cubitale destra, con ottusità di mente. In tale stato l'ammalato spirava. Durante tutta la malattia non si ebbero segni di trombosi.

All'autopsia si trovò della marcia nelle due articolazioni che si erano gonfiate, ma non si viddero ascessi viscerali. Alla gamba destra riscontravasi periflebite suppurata. Nel lume delle vene tanto superficiali che intramuscolari, vi erano lunghi grumi di fibrina imbevuti di ematina; e nel luogo dove si erano fatte le injezioni, le pareti delle vene erano più raggrinzate, più ispessite e la membrana interna erasi fatta rugosa ed intimamente unita ai grumi.

Potrebbe darsi che le injezioni di cloralio avessero contribuito a rendere la resipola di un carattere più grave, ma la storia del caso pare dica abbastanza per poter ritenere che le injezioni non furono la vera causa della morte del paziente. Dimodochè qualunque cosa siasi detto in Italia e fuori sull'uso dell'idrato di cloralio per la cura delle varici, dai fatti suesposti e da altro già pubblicato (1) il dott. Parona ne trae i seguenti corollarii.

I. Che il metodo in parola è stato fin' ora abbastanza innocuo.

II. Che nella maggioranza dei casi si ottenne, colle injezioni di idrato di cloralio, una chiusura stabile e perfetta della varice con insignificante reazione.

III. Che, mancando il coagulo, l'operazione si può ripetere dopo alcuni giorni senza inconvenienti.

IV. Che gli accidenti della flebite, della suppurazione, della esulcerazione ed uscita del grumo sono rarissimi.

V. Che la mortificazione della pelle nel luogo della puntura è cosa rara e di nessuna gravezza, e dipendente da imperizia o poca diligenza nell' operare.

VI. Che l'operazione è assai poco dolorosa e le piaghe d'ordinario dopo l'obliterazione delle vene cicatrizzano più rapidamente.

(1) Imperfetta erezione del pene per varice della vena dorsale. (*Giornale delle Malattie Veneree 1873*),

Un caso di morte improvvisa per embolo nella vena cava inferiore in rapporto con vene varicose della gamba; per THOMAS BROWNE. (*Lancet.*, 27 Giugno 1874).

E. L., d'anni 51, si portava egli stesso al 5 gennaio 1874 dal dott. Browne, perchè aveva riportato una contusione al terzo inferiore interno della gamba destra. Vi era leggera echimosi e la lesione sembrava di nessuna importanza. Nella stessa gamba esistevano molte vene varicose. Nella giornata successiva alla riportata lesione le vene sembravano più prominenti e nodose, per cui si raccomandò al paziente che tenesse la posizione orizzontale. Dopo pochi giorni lasciato l'ospedale, lo si munì di calza elastica e lo si consigliava di farsi visitare di tratto in tratto. Al 19 gennaio quindi ritornò all'ospedale dichiarando però di sentirsi assai meglio e che poteva camminare con poco incommodo, infatti le vene erano allora molto meno gonfie e nodose, ancora restava un legger grado d'echimosi al luogo della contusione dove soltanto si trovava qualche ispessimento ed indurimento cutaneo. Nel lasciare l'ospedale e nell'attraversare il cortile sorpreso dalla pioggia si mise a correre per mettersi al riparo. Ma quasi immediatamente sentissi preso da languore ed a stenti potè ripararsi. Un chirurgo che lo vidde quasi immediatamente lo trovò ansante, con libero passaggio dell'aria nei polmoni, col polso debole, intermittente, sottile ed oscillante. Fu allora posto col dorso sul pavimento e senza abiti, gli si spruzzò dell'acqua sul viso e si aprirono le finestre e la porta. Gli si fece prendere un'oncia di cognac con acqua. Era affatto conscio di sè e dava una perfetta descrizione del come si sentiva. Diceva di non soffrire dolore, ma di provare un senso di strettura verso la parte superiore del lato sinistro del petto. Le labbra e le orecchie divennero bleu e la faccia di aspetto raggrinzato. Cercò di defecare, ma evacuò nulla; la vescica funzionava. Gli si amministrò un'altra oncia di cognac con acqua, ma fu tosto rigettata dopo di che parve stesse meglio. L'aspetto dell'individuo però ed il polso erano sempre uguali. Vi era ansietà di respiro (44 al minuto); e da lì a poco fatto uno sforzo di vomito, la faccia, il capo, il collo si fecero improvvisamente più lividi, il collo divenne pure rigido, ed il cuore cessò di battere; fece due o tre atti di respirazione, dopo che l'azione del cuore era cessata, mentre che l'aria liberamente entrava ed esciva dal petto.

Morì tre quarti d'ora dopo l'avvenuto e conservò la coscienza fino alla fine.

L'autopsia fu praticata 24 ore dopo. Si trovò rigidità cadaverica marcata, considerevole ipostasi nelle parti posteriori. Le vene varicose erano dure e prominenti nel luogo già indicato. I polmoni si trovarono enfisematosi nella parte anteriore, e posteriormente congesti da ipostasi, vi erano poche aderenze colla pleura. Attorno al cuore si trovò molto adipe, il ventricolo destro era pieno di sangue fluido, ma non disteso; il sinistro era vuoto e moderamente contratto. La vena cava inferiore

conteneva un duro coagulo giallo, grigiastro in alcune parti, incominciando circa un pollice sotto l'orecchietta destra ed estendetesi in basso fino nella comune vena iliaca. Questo trombo aveva una considerevole consistenza e si potè facilmente rimuovere per intiero, e nella parte inferiore era quasi fibroso. Tra esso e la safena interna le vene erano libere, e nel luogo dove esistevano le varici ed entro ad esse eranvi altri coaguli aderenti alle pareti del vaso. La parete interna delle vene varicose era scabra ed arrossata.

Di questi casi di morte improvvisa per embolo, già stati presi in esame da Charcot e Ball, da Aran, da Paget, Rayer, Davy ed altri, abbiamo noi pure avuto occasione di vedere un caso che a suo tempo riferiremo. Un altro caso si può leggere nella *Lancet* dell'agosto 1874 narrato da Gascoyen, intitolato: Morte improvvisa per embolismo dell'arteria polmonare, in seguito a flebite traumatica della gamba.

Erniotomia con enterrorafia in un bambino di quindici mesi; del dottor Giovanni Del Greco. (*Imparziale*, 1875, fasc. II).

Il bambino d'abito stentato e mingherlino, al quarto mese dalla nascita manifestava un'ernia inguinale destra; che veniva senza interruzione contenuta mediante un cinto, per 11 mesi. A quest'epoca trascurando di apporlo, subito l'ernia discendeva e si strozzava resistendo al *taxis* coadjuvato dai bagni generali, dai fomenti locali, clisteri purgativi, ecc.; e stante il rifiuto a lasciarlo operare, in tale stato durava per più di 40 ore. Le condizioni del piccolo paziente eransi frattanto fatte gravissime, sia nello stato generale quanto in quello accagionato dall'ostacolata circolazione delle materie intestinali; il tumore ernioso presentava una forma ovoidea, col massimo diametro diretto dall'alto al basso e dall'esterno all'interno, della lunghezza di 8 centimetri, regolare nella superficie, opaco, teso, elastico, non fluttuante, muto alla percussione ed indolente tranne che in corrispondenza dell'anello inguinale esterno.

Previa anestesia col cloroformio e dopo avere fatto un ultimo moderato tentativo di riduzione che riusciva inutile, si incisero gli strati esterni; legata la pudenda esterna ed aperto il sacco, ponevasi allo scoperto un'ansa intestinale del tenue, della lunghezza di circa 8 centimetri, qua e là avvinta da recenti aderenze e non a contatto del testicolo; cercando di insinuare l'apice dell'indice entro al colletto, l'operatore non vi riusciva e toglieva lo strozzamento col solo erniotomo bottonuto del Palamidessi. L'intestino presentava una soluzione di continuità da successa mortificazione, nella porzione già corrispondente alla parte interna dell'anello; questa aveva la lunghezza massima trasversale di un centimetro e mezzo, la longitudinale di poco più di mezzo centimetro. Veniva riunita mediante la sutura di Lambert, lasciando i fili lunghi e pendenti onde servirsene, come si fece, per tenere la parte cucita in prossimità all'anello ed alla ferita esterna che si riuniva solamente in parte.

Il circolo intestinale ristabilivasi prontamente, svanirono i sintomi addominali e consensuali. Al 5.° giorno il ventre funzionava regolar-

mente, la ferita era chiusa in parte, non fuvvi che un leggiero turgore allo scroto ed i fili staccaronsi senza che dal tragitto da essi percorso uscissero gas o liquidi intestinali. Se non che in ottava giornata insorsero fenomeni bronchiali, con febbre; in dieciottesima arrestavasi di nuovo il circolo intestinale ed al giorno dopo l'operato moriva.

Alla autopsia oltrecchè gli effetti di una bronchite, trovossi nell' addome un abbondante versamento di siero purulento. Eranvi aderenze tra la porzione inferiore dell' ileo, il peritoneo e l' anello inguinale interno; la mucosa nella porzione corrispondente era normale. Poco prima di arrivare alla valvola ileo-cecale l' intestino conformavasi ad imbuto verso la parete addominale, in detta porzione eravi un piccolo foro comunicante con una cavità di circa mezzo centimetro di diametro, a pareti liscie, sierose, che risultò formata dall'apertura interna del canale, nè punto comunicava col sacco la cui parte superiore era completamente obliterata da tessuto di cicatrice.

Intorno alla cura della fistola all'ano mediante la legatura elastica; del dott. Allingham. (*Médical Press and circular.* e *Lyon Méd.*, 1875 N.° 10).

Dal risultato ottenuto in quaranta casi di fistola all' ano operati colla legatura elastica e dal confronto loro con altri trattati col taglio, Allingham ne trae le seguenti conclusioni:

1. L'operazione mediante la legatura elastica in generale si compie senza dolore. Quelli che le tengono dietro sono in generale leggieri e di breve durata;

2. Non havvi emorragia;

3. La guarigione è più celere;

4. Gli ammalati non hanno punto bisogno di rimanere a letto od in camera;

5. Il processo è specialmente indicato nei soggetti delicati od aventi predisposizione alla tisi;

6. Non occorre l'intervento della anestesia;

7. La suppurazione è assai scarsa;

8. La legatura elastica può servire al compimento di operazioni incominciate col bistorì.

Allingham si serve di un piccolo cordoncino, del diametro circa di due millimetri, portato attraverso alla fistola da un piccolo apparecchio che può servire anche di specillo esploratore.

Applicato il filo si stirano le due estremità pendenti l' una dall' apertura fistolosa esterna, l'altra dall'ano, e vengono passate attraverso ad un piccolo anello di piombo; i due capi vengono stirati alla massima tensione ed in allora con una robusta pinzetta l' anello viene schiacciato, fermando l' ansa; che al momento della caduta sarà ridotta a nulla.

A maggiore semplicità, noi preferiamo invece stirare i due capi alla massima tensione incrocciandoli, ed applicare al di là della de-

cussazione loro un nodo con filo di seta, sul quale si deve stirare se in progresso il filo si rilasciasse, applicando altri nodi qualora occorra.

Osteomi nei muscoli adduttori de' cavallerizzi; del dott. JOSEPHSOHN. (*All. med. cent. Zeit.* 1875).

Josephsohn descrive 7 casi dell'accennata neoformazione nel luogo di inserzione, o quivi presso, degli adduttori sull'osso pube ed ischio in cavalerizzi, i quali restano costretti a forzate esercitazioni di cavalcatura.

La malattia incomlncia con dolori di stiramento e di strappamento nelle parti interne dei lombi, manifestantisi principalmente nel cavalcare, e conduce alla formazione d'un tumore della grossezza d'un uovo di colombo fino a quello di uno d'oca al di sotto del legamento del Poupart. La diagnosi clinica si fonda sull'esperienza anatomica più volte fatta in occasione di autossie o di estirpazioni; inoltre sulla maggiore frequenza con cui si presentano gli osteomi dei muscoli in confronto ai puri fibromi od encondromi. L'esame istologico non venne mai eseguito. Venne estirpato una volta, e si addimostrò come un tumore constante di una sostanza somigliante all'osso, di forma cilindrica, il quale era intimamente concentrato nelle fibre del peritoneo ed all'ingiro circondato da sostanza muscolare pallida, edematosa.

Eziologicamente l'Autore si fa carico tanto della meccanica offesa di quelle località del corpo come anche dell'attività eccessivamente forzata degli adduttori.

Osservazioni simili vennero pur fatte da Billroth, Virchow, e Volkmann. Esempi di formazione analoga nei muscoli sono le ossificazioni acute infiammatorie del bracchiale interno dei ginnasti. TOGNOLA.

Ascesso al seno mascellare; del prof. DEMARQUAY. (*Union medicale* 1875 N. 1°).

Un giovane di 19 anni, quindici giorni dopo essersi fatto strappare il primo molare superiore sinistro, si accorse di una intumescenza alla guancia corrispondente; che, resasi presto stazionaria, tale rimase per due anni senza arrecare dolore od essere accompagnata dalla sortita di materia liquida dalla narice o dall'alveolo liberato.

Le pareti della guancia erano sollevate quanto un uovo di piccione; il tumore era molliccio, resistente in alcuni punti, in altri meno, compresso in totalità lasciavasi deprimere, dando la sensazione di una borsa cartilaginea crepitante e senza che liquido di sorta uscisse da qualsiasi parte; la volta palatina erasi conservata normale. Una incisione praticata sulla parte maggiormente fluttuante al solco gengivo-labbiale, in corrispondenza dell'incisivo superiore sinistro, procurò la uscita di due a tre cucchiai di marcia verdastra, d'onde la diminuzione nel volume del tumore. La esplorazione digitale fatta attraverso a questa apertura confermò la diagnosi fatta. Medicata la parte con stuelli di filaticcio e lavature di acqua fenicata e jodata, queste non passavano nella narice; il che dimostrava essere successa la obbliterazione dell'orificio nasale del

seno. La secrezione diminuì rapidam ente ed al cadere della seconda settimana l'operato era guarito.

Ascesso della tibia guarito mediante la trapanazione; del dott. Duplay. (*Union Médic.*, 1875, N. 16).

Un fornajo, d'anni 27, era stato dieci anni prima ammalato per un ascesso alla parte interna della estremità inferiore della tibia sinistra, e ne guariva senza dar luogo alla uscita di scheggie ossee.

Da allora una serie di non meno venti ascessi in diversi modi trattati, continuato avevano a molestarlo senza ancora produrre distacco di porzioni d'osso. Ma quando entrava sotto la cura di Duplay, tutta la estremità inferiore della tibia sinistra era aumentata in volume, a supeficie regolare, consistenza uniforme e colla integrità della articolazione tibio-tarsica. Sembra che tale affezione datasse dall'epoca del primo ascesso, in allora era e che fosse la causa dei successivi. Ad ogni comparsa di questi infatti, insorgeva alla località un dolore acuto; che dopo la cicatrizzazione loro diminuiva di intensità facendosi muto, esacerbandosi però col movimento del camminare e col tenere il piede in posizione declive.

In base agli antecedenti ed ai sintomi rilevati, Duplay pensò trattarsi di un ascesso della epifisi della estremità inferiore della tibia; propose la trapanazione, cui il paziente non aderiva se non dopo undici mesi quando ricomparve un nuovo ascesso.

Cloroformizzatolo, l'operatore praticava una incisione crociata che mise allo scoperto il focolajo marcioso, mostrandolo indipendente dall'osso e dal periostio; incidendo questo lo si trovava molto ispessito, assai difficile a staccarsi e sulla porzione di tibia denudata veniva applicata una corona di trapano; ne usciva una cucchiajata di marcia, penetrandosi in una cavità regolare, senza anfrattuosità, non contenente alcuna porzione d'osso necrosato e tappezzata interamente da una membrana di colore roseo, vellutata. La operazione non fu seguita da alcun accidente e la guarigione si ottenne completa.

Sulla retrazione del capezzolo e mezzo per rimediarvi; del professor Kehrer. (*The London-Medical Record*, 1874, 23 settembre).

La forma di retrazione del capezzolo, riconosciuta col nome di *mamilla circumvallata*, nella quale trovasi un orlo saliente all'ingiro del capezzolo retratto, rende impossibile la suzione da parte del poppante ed espone la nutrice alle molteplici e spesso gravi conseguenze della remora del latte.

Il prof. Kehrer onde rimediarvi veniva nel pensiero di escidere l'anello contornante il capezzolo, e si comporta nel seguente modo: Egli pratica due incisioni corrispondenti ai margini della depressione, delle quali la superiore venga a riunirsi ad angolo acuto colla inferiore alle estremità del diametro trasversale della areola. La pelle ed il tessuto cellulare sottostante vengono disseccati verso il capezzolo,

in modo da isolarlo in tutto il suo contorno; questo lembo viene esciso avvicinando e riunendo i margini della ferita che chiudono il capezzolo come in un cerchio. Se le labbra della ferita subiscono una trazione troppo forte, il loro avvicinamento, secondo Kehrer, lo si potrebbe facilitare praticando una incisione all'ingiro del margine esterno della ferita. Fattasi la cicatrice, il capezzo lo riesce a livello della cute circostante, ed anche in rialzo; il che si potrebbe facilitare coll'applicazione di ventose.

Con tutto ciò, difficilmente la operazione immaginata da Kehrer sarà per essere adottata dai pratici ed accondiscesa dalle nutrici. Non dai primi, cui deve rincrescere l'agire con tagli su di un organo delicato ed irritabile, massime durante l'allattamento, quale si è la mammella; non dalle altre, che persuaderansi più facilmente a rinunciare all'allattamento anzichè sottoporsi a qualsiasi cruenta operazione.

Innesto per approssimazione dei tendini; del dott. Tillaux. (*Union. Méd.*, 1875, N. 18).

Dopo che Guy di Chauliac, allo scopo di impedire la retrazione dei tendini e di favorire la riunione immediata dei monconi recisi, introdusse la cucitura loro, tale pratica venne ripetuta con successo vario. Nè sempre havvi la opportunità di ripetere la operazione di Molliere; il quale, in base specialmente agli studii istologici di Guterbock, applica la sutura specialmente sulla guaina anzichè sul tendine; d'altronde queste operazioni è ben difficile il poterle applicare in casi antichi, ove un tessuto nodulare si è già frapposto ai monconi, ed in simili circostanze può riescire preziosa la conoscenza del modo col quale si comportava Tillaux.

Un falegname, d'anni 52, riportava al dorso della mano destra una ferita da taglio; che cicatrizzava nel termine di un mese, restandogli la impossibilità all'estensione dell'anulare e del mignolo della mano ferita. Persuaso di poter tentare la tenorafia, l'operatore praticava una incisione verticale sul dorso della mano, in corrispondenza di una piccola rilevatezza esistente all'indietro del quarto e quinto metacarpo; alle estremità di questa incisione altre due ne praticava, orizzontali; e disseccatine i lembi, trovava quel rialzo formato dai monconi periferici, essendosi i centrali ritirati al punto da non potersene occupare.

Tillaux pensava in allora di innestare due monconi periferici al tendine intatto del medio; perciò isolatili e cruentatili, li introduceva in una bottoniera fatta nella guaina del tendine del medio, ivi fermandoli mediante punti di sutura metallica. La cicatrizzazione della ferita fu pronta e l'operato riacquistava i movimenti di estensione che aveva perduti.

Il dott. Gillette che dà conto di questo fatto, riporta un passo di Velpeau; ove dicesi che fino dal 1770 Missa, non riescendo a porre a

mutuo contatto i due monconi di un tendine reciso, aveva preso il partito di attaccarlo al margine del tendine vicino; il che per altro non era un vero innesto quale venne praticato da Tillaux.

Lezione clinica sul fegato amiloide ed adiposo in rapporto alle operazioni; del dott. Ris. Barwell. (*Lancet*. Agosto 1874).

Scopo di tale lettura è di mettere in rilievo che in certi casi di prolungate e gravi suppurazioni, prodotte da carie, necrosi, da malattie delle articolazioni, vi si associa sovente in modo manifesto l'ingrossamento del fegato.

In prova di ciò narra prima di tutto il caso di una ragazza d'anni quattro, scrofolosa, con carie estesa del femore sinistro e con molti seni fistolosi; in essa il fegato era liscio e duro e si estendeva in modo da occupare buona parte della regione lombare destra, quasi tutta la regione ombelicale, e discendeva fino alla cresta dell'ileo. Fattasi l'amputazione, la bambina guariva, e cinque mesi dopo; esaminata di nuovo la regione epatica, si trovò il fegato ridotto ne'suoi naturali confini.

In un ragazzo d'anni 14 emaciato ed anemico, affetto da necrosi profonda del capo cotiloideo del femore sinistro, associato ad ascesso della fossa iliaca ed a molti fori fistolosi in quelle parti, il fegato era duro, liscio ed assai ingrossato, oltrepassando la linea mediana e discendendo in modo da occupare due terzi della regione lombare.

Barwell in questo caso mise a scoperto il capo articolare, applicò una trefina, esportò la parte necrosata e perforato l'acetabolo diè esito dalla pelvi a gran quantità di pus nerastro. Avendo avuto il ragazzo la fortuna di sopravivere a questa grave malattia ed operazione, l'autore potè, otto mesi dopo, verificare una perfetta riduzione del fegato.

Perciò l'autore, premesse alcune brevi considerazioni sulla natura di tale ingrandimento del fegato e sulla difficoltà di stabilire se l'aumento di volume dipenda da deposito di materie grasse od albuminoidi, consiglia di attentamente esaminare il fegato ogni qualvolta si ha a che fare con suppurazione prolungata, sapendosi che questa può associarsi ad ingrossamento del fegato; e quando dopo un accurato esame siasi potuto stabilire che non havvi alcun segno di affezione amiloide, non solo sarà giustificato un atto operativo, ma di obbligo assoluto; giacchè senza l'operazione l'ammalato morirebbe certamente, mentre dopo di essa avrebbesi molta speranza di guarigione, sebbene il fegato fosse duro, ingrandito e modificato.

Compressione della mammella nelle nevralgie e negli adenomi di quest'organo; del prof. Broca. (*Morgagni*, 1875, fasc. I e II).

A comprimere efficacemente la mammella il prof. Broca adopera un cuscinetto di esca, tenuto in sito con bandellette che passano sulla spalla e sotto le ascelle; l'apparecchio va rimosso e riapplicato dopo alquanti giorni. L'Autore assicura che i dolori i più ribelli vengono con questo mezzo attutiti e che si può ottenere la scomparsa degli adenomi.

La forcipressura; del prof. VERNEUIL. (*Union médical* 1875 N. 3).

In seguito alla pubblicazione ed ai fatti del prof. Vanzetti sulla *Uncipressione* (« Rivista di med. chir. e terap., 1874, V. II, pag. 462 ») il prof. Verneuil richiamava altro semplice processo già usato dagli antichi, che a lui più volte era occorso di adoperare come a quasi tutti i chirurghi operatori sarà per essere capitato; quello cioè di lasciare in sito, mantenuta chiusa in caso di emorragia, una pinzetta comune od altro che si fosse adoperato nell' operare. Ognuno vede però come un tale processo per impegnare uno stromento speciale, che in volume e peso supera di gran lunga un semplice uncino facile a trovarsi dovunque e ad essere allestito da chiunque, sarà per essere posposto all' uncipressione.

Uso esterno ed interno dell'idrato di cloralio nel carcinoma dell'utero; del dott. I. FLEISCHER. (*Medicin. chir. central Blat.* 12 febbraio 1875).

Sgraziatamente, malgrado lavori insigni sul cancro in generale e sul cancro uterino in particolare, non siamo ancora in grado di pronunciare quale sia l'indicazione causale o l'indicazione del male. Esperienze nell'ultimo senso, quando si consideri il cancro uterino come affezione locale, danno, che la rimozione totale o parziale dell'organo malato è, almeno per la pratica privata, quasi impossibile. Epperò l'Autore asserisce che non potrebbe in nessun caso indurre la paziente, o chi la circonda, a lasciar tentare l'uso, così caldamente raccomandato da Gusserow, del ferro infuocato. Soggiunge quindi non rimanere che regolarsi secondo l' indicazione dei sintomi.

Per combattere i sintomi locali si serve dell'idrato di cloralio, tanto internamente come anche esternamente, con ottimo risultato; tanto che, come egli riferisce, in alcuni casi appena videsi costretto a prescrivere un altro medicamento.

Egli procura, lorchè viene chiamato la prima volta, quando i dolori hanno raggiunto un grado notabile e lo scolo si è fatto già molto fetido e dopo avere ben pulita la vagina con injezioni d'acqua, di applicare un leggier tampone imbevuto in una soluzione di idrato di cloralio (2 dr. in 3 once d'acqua) più in alto che sia possibile. Nella maggior parte, dei casi il flusso si fa invero più copioso; ma già dopo la seconda o terza applicazione suole anzi tutto cambiarsi il carattere del dolore, non offrendo più che un senso di calore; ed i dolori proprii, pungenti, strazianti, spastici, a poco a poco cessano; come cessa tosto anche il bruciore. In pari tempo il flusso, un po' aumentato come già si accennò, si fa evidentemente meno puzzolento e dopo qualche giorno quasi inodoro.

Sulla insonnia questo modo dell'applicazione è affatto inefficace; e quando invece essa persiste e quando i dolori non cessano o soltanto diminuiscono in modo insignificante, l'Autore adopera il cloridrato nella nota maniera, in dose ipnotica, o per bocca o per l'ano.

Merita d'essere menzionata la circostanza che l'Autore non osservò

mai in questo processo la stipsi, tanto molesta; compiendosi anzi quotidianamente due o più scariche fluide.

Aggiunge l'Autore che splendidi poi sono i risultati che reca l'uso dell'idrato di cloralio in forma di clistere, contro il vomito molesto quasi incessante e pressochè infrenabile. TOGNOLA.

Della influenza di alcune sostanze sulla produzione dei vibrioni; del prof. DEMARQUAY. (*Union Méd.* 1875 N. 12).

Lasciando a parte pel momento la questione se la gravezza delle piaghe possa essere attribuita o meno allo sviluppo ed alla moltiplicità dei vibrioni, il prof. Demarquay si pose ad indagare se alcune speciali medicature e le varie sostanze comunemente impiegate in esse sieno capaci di distruggere od impedire lo sviluppo di detti infusorii. Le di lui osservazioni versarono sulle medicazioni ovattate e cementate col silicato di potassa, su quelle fatte colla glicerina, coll'alcool, coll'acido fenico, colla essenza di eucaliptus, colle resine e coi balsamici, e cogli acidi non concentrati la cui azione nel migliorare l'aspetto delle piaghe è a tutti nota. Poste a contatto tali sostanze coi vibrioni, egli ed il dott. Choppe poterono persuadersi che, ad eccezione della glicerina, le altre non hanno alcuna azione diretta sullo sviluppo e la vitalità di quegli esseri. Per cui ne conchiude:

Che nessuna delle sostanze generalmente adoperate nella medicatura delle piaghe ha una influenza sulla genesi e sullo sviluppo dei vibrioni:

Che queste sostanze mescolate in proporzioni varie con liquidi albuminosi, non arrestano punto il corso e lo sviluppo loro, sebbene sieno adoperate in copia molto maggiore di quello che si usa nelle ordinarie medicature delle piaghe:

Che nullameno il maggior numero di queste guarisce senza alcun accidente; d'onde bisogna inferirne che le condizioni generali del soggetto, il luogo d'abitazione, tutte le condizioni igieniche insomma tanto importanti nella cura di qualsiasi traumatismo, sono infinitamente più importanti a conoscersi per condurre a buon fine un ferito in confronto del modo adoperato nel medicarlo.

RIVISTA ISTOLOGICA

del prof. G. BIZZOZERO in Torino.

Riedel — *Sull'accrescimento post-embrionale delle parti molli.*
Schaefer — *Sullo sviluppo intracellulare dei corpuscoli sanguigni dei mammiferi.*

Freyer — *Sulla partecipazione della milza allo sviluppo dei globuli rossi.*
Neumann — *Contribuzioni alla conoscenza della produzione del sangue.*
Ranvier — *Ricerche sugli elementi del sangue.*
Le Goff e Ramonat — *Ricerche sugli elementi che entrano nella composizione dei tendini.*
Ranvier — *Nuove ricerche sulla struttura e sullo sviluppo dei tendini.*
Petrone — *Sulla struttura normale e patologica della cartilagine.*
Petrone — *Sulla struttura degli epitelii e su varii processi morbosi degli stessi.*
Wagener — *Sull'unione dei muscoli coi tendini.*
Born — *Sullo sviluppo dei muscoli striati volontarii dei mammiferi.*
Bompiani — *Sull'isolazione degli osteoplasti umani.*
Aufrecht — *Sull'epitelio degli alveoli polmonari.*
Winkler — *Sulla struttura della mammella.*
Langerhans — *Sulle ghiandole accessorie degli organi sessuali.*
Robin e Cadiat — *Sulla struttura e i rapporti dei tegumenti a livello della loro congiunzione nelle regioni anale, vulvare e del collo uterino.*
Robin e Cadiat — *Sulla struttura intima della mucosa e delle ghiandole uretrali dell'uomo e della donna.*
Stravinski — *Sulla struttura dei vasi ombilicali e sulla chiusura dopo il parto.*
Merkel — *Sul primo stadio di sviluppo degli spermatozoidi.*
Robin e Cadiat — *Sulla costituzione della mucosa dell'utero maschile, dei canali deferenti e delle trombe di Falloppio.*
Born — *Sullo sviluppo dell'ovario del cavallo.*
Morano — *Sugli stomi dello strato pimmentale della retina.*
Calberla — *Contribuzione alla conoscenza delle vie di riassorbimento dell'umor acqueo.*
Calembrun Mercure — *Sulla terminazione dei nervi nella cornea.*
Thanhoffer — *Contribuzione alla fisiologia ed istologia della cornea.*
Ciaccio — *Osservazioni intorno alla membrana di Descemet e al suo endotelio.*
Jobert — *Ricerche sugli organi tattili dell'uomo.*

Sull'accrescimento post-embrionale delle parti molli; del dott. B. Riedel (*Unters. aus dem anat. Inst. zu Rostock.* 1874 e *Centralblatt* 1874, pagina 935).

L'accrescimento delle parti molli dopo il parto, può aver luogo solo in due modi: o per ingrossamento dei singoli elementi preformati nella vita embrionale, o per un loro aumento numerico. Nei muscoli dei mammiferi, la numerazione pose in sodo che l'accrescimento succede solo per la prima via; infatti, le fibre del sartorio di un sorcio giovane e

di un sorcio vecchio, numerate in punti corrispondenti, apparvero quasi egualmente numerose. L'aumento in lunghezza dei muscoli striati dopo il parto, dipende probabilmente da ciò, che il protoplasma perinucleare continuamente produce nuova sostanza contrattile.

Per quanto riguarda lo sviluppo extrauterino degli epitelii ed endotelii, gli elementi, appartenenti anche ad uno stesso gruppo, si comportano diversamente l'uno dall'altro; cosicchè non si può dare una legge generale, che valga anche solamente per gli elementi derivati da un unico foglietto blastodermico. Essi crescono ora per aumento di numero (epitelio cilindrico del crasso, dei tubuli raccoglitori dei reni, dello strato inferiore della cornea, endotelii del peritoneo), ora per aumento di diametro (epitelio pimmentato della coroidea, endotelio della membrana di Descemet). Nell'epitelio tracheale ambo i processi si associano; in quanto che, all'opposto di quanto s'osserva negli altri epitelii cilindrici, in questo gli elementi si allungano e si moltiplicano per tutto il tempo che l'individuo cresce. Probabilmente, secondo l'Autore, le cellule che posano su uno strato ricco di vasi (come le peritoneali) crescono precipuamente per divisione; mentre quelle che, come gli epitelii della membrana di Descemet, giacciono su di una membrana invascolare, crescono per semplice aumento di dimensione.

Sullo sviluppo intracellulare dei corpuscoli sanguigni dei mammiferi; del dott. E. A. Schaefer. (*Proced. of the Royal Soc.* 1874, N. 151 e *Centralbl.* 1875, pag. 351).

Nel connettivo sottocutaneo del ratto neonato (specialmente del dorso e della parte superiore dell'arto anteriore) l'Autore osservò quanto segue: il tessuto consta di una sostanza fondamentale quasi jalina, con scarse fibre, nella quale sono sparse numerose cellule appiattite. Queste ultime presentano nel loro protoplasma, oltre al nucleo, copiosi vacuoli, ripieni probabilmente di liquido acquoso. Ora, gli è appunto da queste cellule che si sviluppano tanto i vasi sanguigni, quanto i globuli rossi, e forse anche i bianchi. Infatti, alcune presentano un color rossigno, altre contengono uno o due o più globuletti rossi, probabilmente costituiti da emoglobina; altre, infine, presentano dei globuletti così grossi come i soliti globuli sanguigni rossi. In nessun periodo dello sviluppo questi globuletti contengono nucleo.

Durante questo processo le cellule si allungano e i corpuscoli colorati si radunano nella cavità cellulare; a questo modo la cellula appare come un pezzo di capillare, a estremità chiuse, e limitato da una membrana (l'antico protoplasma) che contiene il nucleo. L'ultimo stadio del processo è rappresentato dalla fusione di cellule vicine e delle rispettive loro cavità, in modo di costituire dei canali più lunghi, i quali si mettono poi in comunicazione con capillari già completi.

Sulla partecipazione della milza allo sviluppo dei globuli rossi; del dott. M. Freyer, (*dissert. inaug. Königsberg.* 1874).

Contribuzioni alla conoscenza della produzione del sangue; del professore E. Neumann. (*Arch. der Heilkunde.* Novembre 1874, pag. 441, con una tavola).

Il primo lavoro è il frutto di studii che l'Autore ha fatto sotto la direzione di Neumann.

Quest'ultimo poi lo compendiò e lo arricchì dalla parte che riguarda il fegato, nella memoria che pubblicò nell' *Arch. der Heilkunde;* noi ci riferiremo quindi specialmente alla memoria di Neumann.

Nella prima parte della memoria viene discusso il quesito *se nella milza,* come generalmente si crede, *abbia veramente luogo una produzione di globuli rossi.* Neumann risponde negativamente; appoggiandosi precipuamente al fatto che, esaminando molte milze di individui di diverse età, egli non potè mai rinvenire quelle cellule che generalmente si credono stadii di passaggio dai globuli bianchi ai rossi: cioè cellule rotonde, con uno o più nuclei incolori, e con un protoplasma omogeneo, a colorito giallognolo, acquistante coll'acido acetico uno splendore che ricorda quello dell'adipe. — A ciò farebbe eccezione quanto trovò nelle milze di embrioni, ovvero di bambini morti poco dopo il parto; chè in questi, il sangue della vena splenica contiene veramente dei globuli rossi nucleati. Ma ciò non infirma in nulla l'opinione di Neumann, giacchè questo fatto si verifica anche nel sangue delle altre parti del corpo; ed in queste, anzi, talora in proporzioni maggiori. — Lo stesso dicasi di quanto riscontrasi nel porco; anche qui il sangue splenico contiene globuli rossi nucleati. Ma ciò non dipende dall'essere i globuli rossi fabbricati nella milza; infatti, globuli nucleati trovansi in tutte le parti del corpo; val quanto dire, esistono in tutto il sistema circolatorio.

Nella seconda parte del lavoro l'A. espone le ragioni per le quali egli ammette che *nell'embrione abbia luogo un' attiva produzione di globuli rossi nel fegato.* Nel fegato embrionale Neumann trova numerosi, molto più che nel sangue degli altri organi, i globuli rossi forniti di nucleo; oltracciò egli ci vede copiose, fra le solite cellule epatiche, altre cellule nucleate più grandi, in cui sono scavate delle cavità, che talora sono in tal numero, da ridurre il protoplasma cellulare ad un ammasso di trabecole anastomizzate (per riguardo a questa trasformazione del protoplasma, Neumann ricorda le figure simili date da Bizzozero in un caso di glioma metastatico del fegato). Ora, in queste cavità giacciono dei globuli nucleati incolori e dei *globuli rossi nucleati.* Questo reperto è di somma importanza. Infatti, non si può ritenere che queste grosse cellule abbiano la stessa significazione di quelle che trovansi nella milza e nel midollo delle ossa, e che servano a riassorbire i globuli rossi stravasati: giacchè, se così fosse, oltre a globuli rossi nucleati, dovrebbero contenere globuli rossi completi, cioè senza nucleo, il che non succede. Neumann crede perciò, che queste cellule partecipino alla formazione del sangue, in

questo senso che nel loro interno si sviluppano i globuli rossi. Egli espone le sue idee su questo processo press' a poco così: in certe cellule madri (e più precisamente nel loro protoplasma, o in un vacuolo previamente formatosi nel protoplasma) hanno origine per produzione libera (indipendentemente da nuclei preesistenti) dei nuovi nuclei di natura particolare; dai quali, pel formarsi a loro dintorno di una sostanza omogenea e gialla (per secrezione del nucleo o per trasformazione del protoplasma che lo circonda?), hanno origine i globuli rossi nucleati. Questi poi, al di fuori delle forme cellulari in cui vennero prodotti, subiscono le loro ulteriori metamorfosi.

Su sottili sezioni del fegato embrionale le grosse cellule contenenti globuli rossi appajono come germogli delle pareti capillari, i quali in parte sporgono nel lume del vaso, in parte, cresciuti verso l'esterno, si spingono fra le cellule epatiche. Questi germogli esterni (sviluppandovisi nel modo anzidetto, dei globuli rossi) a poco a poco si trasformano in vescicole protoplasmatiche, il cui lume più tardi si mette in comunicazione con quello del vaso da cui hanno avuto origine; sicchè, mentre i globuli neoprodotti passano in circolazione, il germoglio diventa come un diverticolo del vaso, ed allungandosi e anastomizzandosi con altri vasi o diverticoli, può trasformarsi in un vero tronco capillare. — I germogli invece che son cresciuti *nel lume* dei vasi, forse vi si disciolgono; lasciando così in libertà i globuli rossi, che frattanto vi si sono prodotti.

Ricerche sugli elementi del sangue; di L. Ranvier. (*Archives de physiol.* janvier-fevrier 1875)'

A) *Nucleoli dei globuli rossi del sangue degli anfibii.* — L' Autore per dimostrare questo fatto (che già Leydig in un proteo bollito e poi Jones coll'acido acetico pretesero dimostrare), ad una goccia di sangue di rana aggiunge alcool allungato ad 1[3, agita poi vivamente con un ago il preparato, e fissa infine il vetrino colla paraffina. In tal modo avvenendo una rapida sottrazione dell'emoglobulina, i globuli si scolorano; ed i nuclei spiccanti lasciano scorgere un nucleolo brillante, che alla luce trasmessa è più rifrangente del nucleo. Il nucleolo si può pure riconoscere nei globuli nuotanti nel loro plasma. In generale la rana temporaria ha globuli mononucleolati; frequentemente nell'axolotl se ne trovano binucleolati, nel proteo trinucleolati, fatto questo che si potrebbe attribuire ad un processo di scissione.

Per la presenza d'un nucleo nucleolato nei globuli rossi sanguigni degli anfibii, è senza dubbio certa la natura cellulare dei medesimi.

B) *Membrana dei globuli rossi del sangue.* — Trattando una goccia di sangue di rana con alcool ad 1[3 e colorando in seguito il preparato col solfato di rosanilina in soluzione alcoolica, si vede il globulo fattosi rotondeggiante, ravvolto da una sottile membranella a doppio contorno e colorita in rosa. Prolungando l'osservazione, la membrana si ripiega; ed ogni ripiegatura presenta un doppio contorno. Il nucleo può in tal

modo portarsi alla periferia del globulo e perforare la membrana; che subito dopo si riunisce, non lasciando traccia alcuna del passaggio del nucleo. Così l'Autore dimostra la presenza di questa membranella; che, secondo lui, è comparabile all'inviluppo di una bolla di sapone.

C) *Nuclei delle cellule linfatiche del sangue.* — I globuli bianchi del sangue dell'uomo, della rana, dell'axolotl, del proteo trattati con alcool ad 1|3 si mostrano muniti di nuclei, sia sferici od unici, sia a foggia di bastoncino, cilindroidi, ripiegati su se stessi e presentanti degli strozzamenti. Sonvi pure nuclei formati da sovraposizione di numerosi bitorzoletti sovra un centro comune, fatto in relazione colla

D) *Moltiplicazione delle cellule linfatiche del sangue.* — Questo fatto fu già in modo incompleto osservato da Klein e Stricker (1). L'Autore, osservando nella camera umida ed all'aria le cellule linfatiche del sangue dell'axolotl, per la perfetta trasparenza del protoplasma seguì la scissione in tutti i varii stadii. Sul nucleo appajono strozzamenti che, approfondandosi sempre più, lo dividono in varie porzioni, delle quali ciascuna viene circondata dal protoplasma. È evidente così la causa per cui i nuclei delle cellule bianche del sangue presentano l'aspetto strozzato e bitorzoluto, poco prima descritto. Losio.

Ricerche sugli elementi cellulari che entrano nella composizione dei tendini; di Le Goff e Ramonat. (*Journal de l'anat. et de la physiol.* janvier 1875).

Eccone le conclusioni: Gli elementi cellulari dei tendini sono di natura laminosa. La soda, l'acido solforico, agiscono nella stessa maniera che sugli elementi laminosi; infine la soluzione di fucsina non li colora come gli elementi del tessuto elastico.

Questi elementi nascono da nuclei liberi, che originano cellule fusiformi dalle cui estremità nascono le fibre laminose tendinee. Alcune tuttavia stanno riposte negli spazii interfascicolari, assumendone la forma e presentandosi in tal modo più o meno appiattite, come s'osserva nella sesamoide.

Gli autori studiarono in ispecial modo la sesamoide del tendine d'Achille dei batraci, e constatarono la grande analogia coi tendini in via di sviluppo. Dai nuclei ovalari e disposti gli uni contro gli altri si sviluppano in seguito gli elementi cellulari tendinei. Esaminando la sesamoide del rospo e della rana si vede come in questa le cellule sieno più allungate e fusiformi, in quello piuttosto rotondeggianti. Losio.

Nuove ricerche sulla struttura e sullo sviluppo dei tendini; del dottor L. Ranvier. (*Arch. de Physiol.* 1874, pag. 181-202).

L'Autore in questo lavoro modifica di molto le sue idee, esposte nel 1869, sulla struttura dei tendini; e va, a questo proposito, accostandosi alle opinioni espresse dal Rel. e da Stefanini; ch'egli però si guarda

(1) Io lo ho descritto alcuni anni prima di Klein e di Stricker. Bizzozero.

dal citare. Gli è questo un vezzo che torna commodo al sig. Ranvier e di cui egli fa uso in tutti i suoi lavori.

I tendini vennero il più delle volte preparati per l'osservazione col tenerli per 24 ore in una soluzione al 1 0|0 di acido osmico, col lavarli in acqua distillata, colorarli (mantenendoli 1 o 2 giorni nel picrocarminato) e per ultimo esaminarli glicerina dopo averli trattati con acido acetico glaciale o averli mantenuti per settimane in glicerina addizionata d'acido formico. Alcuni vennero adoperati per dilacerazioni e per sezioni oblique e trasversali.

Nei tendini caudali del ratto e del cane, l'Autore riconobbe quelle cellule appiattite, curvate a tegola, munite di foglietti protoplasmatici secondarii ed applicate sui fascetti tendinei, che già descrisse Stefanini (v. questa Rivista giugno 1873). Anche nei nuclei potè notare delle creste che, al pari di quelle delle cellule, egli sarebbe inclinato a ripetere dalla pressione esercitata sulle cellule stesse dai fascetti di fibrille tendinee.

Analoghi risultati ebbe dallo studio dell'*aponeurosi rivestente i muscoli della coscia della rana.* Questa aponeurosi è costituita da due strati incrociati di fibrille connettive, fra cui sono disposte le solite cellule tendinee appiattite e munite di creste. I nuclei cellulari presentano grande varietà di forma; quelli che si presentano di fronte sono piatti ed elittici; gli altri invece, hanno forma di bastoncino; alcuni appajono come una croce latina, di cui l'asta trasversale sarebbe su di un piano differente dalla longitudinale; altri assomigliano ad una croce russa, essendo i due rami trasversali su di un piano differente del longitudinale; altri infine sono a mezzaluna, con una o due linee trasversali oscure. Tutte queste forme dei nuclei si possono spiegare come quelle non meno strane delle cellule; cioè, per la pressione esercitata sui molli costituenti cellulari dai fasci di fibrille, che per volume sono il costituente principale dell'aponeurosi.

Riguardo alle cellule della *cartilagine sesamoidea del tendine d' Achille della rana*, l'Autore si accorda con Boll a ritenerle di natura connettiva e non cartilaginea; e s' appoggia specialmente sul loro lievissimo colorarsi in una soluzione jodurata di jodio, e sulla mancanza di grasso e di sostanza glicogenica nel loro protoplasma. Generalmente esse presentano, a lato del nucleo, un piccolo corpo stellato, granuloso, che si colora in giallo-bruno pel jodio.

Diversa dalla solita struttura dei tendini è la tessitura dei tendini cartilaginiformi della *zampa dei polli.* In questi, fra i fasci tendinei, si osservano delle serie longitudinali di cellule cilindriche o poliedriche; separate le une dalle altre da una sostanza intercellulare, disposta in colonne, omogenea, trasparente, colorantesi leggermente col carmino: quest'ultimo carattere la distingue dalla sostanza cartilaginea. Su sezioni trasversali, i fascetti tendinei appajono come circoli incolori immersi in una sostanza colorata in rosso. — Quanto alle porzioni *ossificate* di questi tendini, esse sono quasi interamente costituite da fibre di Sharpey.

L'Autore considera i suddescritti tendini cartilaginiformi dei polli come una particolare modificazione condroide del tessuto tendineo; come una forma di transizione fra i veri tendini e i legamenti costituiti da fascetti tendinei, fra i quali sono disposte delle capsule cartilaginee così nette, che non si potrebbe mettere in dubbio la loro natura (come nel legamento rotondo dell'articolazione coxofemorale). Questa opinione è ancora sostenuta dal fatto che, al difuori delle parti condroidi o ossificate, i tendini degli uccelli posseggono la solita tipica struttura, con cellule piatte e a molti prolungamenti.

L'Autore crede che una simile forma di transizione si riscontri pure nei tendini della coda della talpa, ove le cellule sono cilindriche e riunite a catena come nelle parti condroidi dei tendini di pollo.

Riguardo allo sviluppo dei tendini, egli crede che finchè essi si inseriscono alla cartilagine abbiano da quest'ultima la loro origine. Infatti, su sezioni interessanti contemporaneamente il tendine d'Achille ed il calcagno di embrioni e di neonati, si scorgono i fascetti tendinei continuantisi direttamente colla sostanza fondamentale della cartilagine; e nel punto di passaggio si può notare una serie di stadii di transizione fra le cellule tendinee e le cartilaginee. Le fibre tendinee, come specatamente si può constatare coll'apparecchio di polarizzazione, si perdono insensibilmente nella sostanza fondamentale omogenea della cartilagine.

Sulla struttura normale e patologica della cartilagine. Comunicazione preventiva del dott. A. Petrone.

Studiando con diversi metodi di colorazione e imbibizione (carmino, cloruro d'oro, nitrato d'argento) le cartilagini, specialmente le articolari dell'uomo, l'Autore ha ottenuto i seguenti risultati:

1.° *Esiste una grossa rete nutritiva epicartilaginea* (strato bagnato dalla sinovia), la quale nella parte centrale assomiglia ad una rete linfatica; e man mano che si va verso la periferia della cartilagine diventa a maglie quadrangolari tutte eguali, i cui canali sono del tipo dei capillari sanguigni. Verso il limite cartilagineo colla sinoviale si osserva una rete a maglie molto allungate, col loro diametro maggiore diretto secondo i raggi cartilaginei, la quale si continua in una rete finissima, che va a confluire nelle cellule epiteliali della sinoviale e finalmente nelle vie connettivali linfatiche della sinoviale e persino nelle guaine linfatiche perivasali. In tutta la rete mancano gli elementi cellulari o nodi della rete, che però esistono nel piano sottostante. Il contenuto della rete è finamente granuloso e presenta le reazioni delle sostanze protoplasmatiche.

2.° *Esiste una rete nutritiva propria della cartilagine*, la quale è molto fina e stretta, scavata nella sostanza fondamentale. Origina dalla rete epicartilaginea e finisce nelle pareti delle capsule cartilaginee. Questa rete appare meglio negli stati patologici (infiammazione acuta, infiltrazione grassa, amiloide e calcarea).

3.° Le capsule cartilaginee, sebbene più o meno rotondeggianti od

ovalari, allungate o triangolari negli strati superficiali, si mostrano negli strati profondi sempre come il confluente della rete cartilaginea; per cui rappresenterebbero in essenza i corpuscoli ossei e corneali.

4.° Le cellule cartilaginee presentano dei prolungamenti protoplasmatici, che si immettono nei canali della rete passando attraverso le pareti della capsula. Si osservano specialmente nei preparati ottenuti per lacerazione. Questi prolungamenti sono numerosi nelle cellule degli strati superficiali, scarsi in quelle dei più profondi; e secondo l'Autore partirebbero dal dintorno del nucleo, ove si osserva una zona protoplasmatica perinucleare, che rappresenta la fusione dei prolungamenti stessi.

Queste particolarità si riscontrano tanto nelle cartilagini jaline, come nelle elastiche e nelle fibro-cartilagini. GRIFFINI.

Sulla struttura degli epitelii e su varii processi morbosi degli stessi; del dott. A. PETRONE. (*Movim. Medico-Chirurgico*, N. 31, 32 e 33, 1874).

In questa comunicazione preventiva, che per dichiarazione dell' A. stesso non deve riescire molto chiara, sono descritti varii processi esistenti nelle cellule degli endotelii dell'occhio, della pleura, del pericardio, del peritoneo, dell'aracnoide, dei vasi sanguigni e degli epitelii della cute e delle mucose; i quali processi servirebbero, in parte a collegare reciprocamente le cellule stesse, e in parte a costituire una rete interelementare ed elementare, assai complicata, che confluirebbe in una lacuna protoplasmatica perinucleare. Siccome però, e per la poca chiarezza della descrizione e per la mancanza di figure, riesce assai difficile al Relatore il farne un esatto e breve resoconto, così egli per ora manda il lettore alla comunicazione, aspettando il lavoro completo e corredato di opportuni disegni.

GRIFFINI.

Sull' unione dei muscoli coi tendini; per G. N. WAGENER (dal sunto del *Centralblatt* 1874 pag. 942).

L' autore è d' opinione che il tendine si continui col sarcolemma. Egli si appoggia all'esame di varii muscoli, cioè dei muscoli del tronco del Petromyzon e dell' Ammocoetes; dei muscoli delle estremità dei vertebrati superiori; dei muscoli ramificati della lingua della rana; del muscolo cramptoniano (occhio degli uccelli); e finalmente, dei muscoli lisci gastrici della gallina. Pei dettagli rimandiamo all' originale.

Sullo sviluppo dei muscoli striati volontarii dei mammiferi; del dottor G. BORN. (*Dissert. inaug.* Berlino 1873. *Centralblatt* 1874 pag. 941).

L' autore conferma che la striatura trasversale nelle fibre embrionali comincia alla periferia; sicchè lungo l'asse la fibra resta libera, come una fibra centrale, chiara, alternativamente larga e stretta, che contiene i nuclei. Nella sostanza contrattile trovansi dei bastoncini di particolare natura, fortemente rifrangenti la luce, facilmente colorabili; i quali, riuniti a gruppi anulari, circondano come anelli chiari la

fibra centrale. L' autore inclina a ritenere che questi corpi splendenti rappresentino degli ammassi di materiale nutrizio, che si trasforma poi in tipica sostanza contrattile. Ritiene ancora che l' accrescimento delle fibre abbia luogo per aumento in tutte le dimensioni, non già per fusione di più fibre embrionali (Weismann).

Sull' isolazione degli osteoplasti umani; per il prof. A. Moriggia ed A. Bompiani. (*Ateneo* N. 7. 1874).

Nella tecnica microscopica mancano indicazioni precise per l' isolamento degli osteoplasti; riguardo specialmente alle proporzioni dell' acido e dell' osso da usare, alla concentrazione dell' acido, alla durata della macerazione, ecc. Ora gli autori, dopo una serie di esperienze, giunsero a stabilire con certezza le condizioni migliori per un metodo di rapida isolazione e per uno di lenta; col quale ultimo si hanno meglio conservati. Per l' isolamento rapido (in 30 minuti) di un buon numero di osteoplasti muniti di prolungamenti, si deve porre una scheggia ossea di femore fresco di adulto, a larga superficie e compatta, del peso di circa 2 grammi, in un vaso chiuso contenente 30 c. c. del liquido seguente: — *acido nitrico* un po'impuro (densità 1400) c. c. 5; *acido cloridrico* (densità 1200) c. c. 10; *acqua* c. c. 10; si agita e si mantiene ad una temperatura da 20° C. a 24°. — L'isolamento più lento si può ottenere in diversi modi, a seconda degli acidi e della loro quantità rispetto a quella dell' osso, della sottigliezza gioventù e freschezza di questo, della diluzione dell' acido, dell' agitazione e rinnovazione del liquido, e della sua temperatura. Mantenendo le medesime regole che per l'isolamento rapido, si può dire che l'acido cloridrico al 30 per 100 isola bene in 3 giorni circa; al 40 per 100 in 24 a 28 ore; al 50 per 100 in 3 a 10 ore. Copiosi corpuscoli ossei, con prolungamenti fitti e lunghi, si ottengono coll' acido cloridrico al 40 per 100; migliori ancora si hanno lasciando agire per lungo tempo l'acido cloridrico o nitrico assai diluiti, ma in modo che il liquido sia in grande quantità rispetto al pezzetto di osso. In generale la sede e freschezza dell' osso compatto non induce sensibile modificazione nei risultati; invece l' osso molto giovane sente un po' più rapidamente ed intensamente l' azione degli acidi, che non l' osso vecchio; l' agitazione e la rinnovazione del liquido accelerano l' isolamento. Per cause non rilevabili le ossa di alcuni individui presentano maggiore o minor resistenza agli acidi.

Per la conservazione degli osteoplasti in preparati microscopici e dei pezzi di osso già trattati cogli acidi, gli autori trovarono utile il miscuglio acetico debole di Moleschott; l'acido cromico 1 per 100; ma specialmente il miscuglio di Pacini (Sublimato corrosivo 1. Cloruro sodico 2. Glicerina 13. Acqua distillata 500). Griffini.

Sull'epitelio degli alveoli polmonari; del dott. E. Aufrecht. (*Centralblatt* 1875, pag. 341).

Secondo l'Autore gli alveoli polmonari sono limitati da una rete di

fibre elastiche, nei cui punti nodali trovansi talora dei nuclei, e le cui maglie sono occupate dalle cellule epiteliche. Le osservazioni vennero fatte nei polmoni dell'uomo adulto.

Sulla struttura della mammella; del dott. WINKLER. (*Centralbl.* 1875 pag. 14).

Da questo lavoro emergono, come principali risultati, i seguenti: nel coniglio e nei ratti i dotti ghiandolari più piccoli hanno epitelio piatto, quelli un pò più grossi, cubico; nel tessuto interalveolare del coniglio decorrono delle fibre muscolari. Riguardo alla formazione del latte, l'Autore sospetta che possano prendervi parte, per mezzo di un'infiltrazione adiposa, le numerose cellule semoventi che stanno in gran numero disposte sulle pareti degli alveoli ghiandolari.

Sulle ghiandole accessorie degli organi sessuali; del dott. P. LANGERHANS (*Virch's Arch.* vol. LXI. 1874, pag. 208).

L'Autore s'è posto a scopo di constatare se e quali cambiamenti abbiano luogo nelle ghiandole che vengono considerate come accessorie degli organi sessuali durante lo sviluppo della pubertà; affine di determinare se, quando in qualcuna di esse questi cambiamenti non abbiano luogo, queste ghiandole non debbano venir piuttosto considerate come annesse al sistema uropoetico.

Prostata. Nella prostata dell'uomo adulto le vescicole ghiandolari presentano un epitelio costituito da due strati di cellule; il profondo consta di piccole cellule rotondeggianti, colorate fortemente dal carmino, con grosso nucleo; il superficiale invece è formato da cellule cilindriche molto allungate, con nucleo basale, le quali mandano in basso dei prolungamenti, che passando fra le cellule dello strato profondo, vanno a mettersi in rapporto colla membrana connettiva delle vescicole. Queste cellule cilindriche possono perciò dividersi in tre parti: 1.° i prolungamenti basali, 2.° la zona che contiene il nucleo, 3.° la zona di protoplasma più interna, che cioè limita il lume della vescicola ghiandolare, e che contiene di solito tre granuli gialli, colorantisi in nero coll'acido osmico. I dotti escretori hanno lo stesso epitelio e mostrano numerosi diverticoli. Sulla mucosa del *Caput gallinacei* l'epitelio trapassa nell'epitelio a più strati dell'uretra. — La prostata distinguesi dalle altre ghiandole, adunque, per avere un epitelio a due strati; che si continua, immutato, anche nel dotto escretore.

La ghiandola del bambino differisce da quelle or ora descritte dell'adulto specialmente per le sue cellule cilindriche; le quali sono molto più corte, hanno protoplasma più omogeneo e mancano dei granuli gialli. Esse acquistano i caratteri delle cellule adulte già prima del 16° anno.

Collo svilupparsi di grosse concrezioni prostatiche la parete vescicolare è ridotta ad una specie di tessuto anisto, in cui più non si scorge la struttura normale.

Vaso deferente, ampolla e vescicole spermatiche. Nel neonato l'epitelio si presenta di tal modo disposto che ciascuna cellula sta in di-

retto rapporto col sottoposto connettivo; le cellule profonde ci stanno con larga base, mentre le superficiali vi mandano dei prolungamenti che penetrano fra le sottoposte; queste cellule superficiali sono provvedute alla loro estremità libera di uno strato cuticolare. Nel pubere, e ancora più nell'adulto, l'epitelio si modifica in ciò, che le sue cellule diventano più lunghe, il loro protoplasma diventa più granuloso e, in alcune porzioni della mucosa, pimmentato; e, finalmente, la cuticola scompare. Interessante è il fatto che in tutte le età, ma in ispecie nell'adulto, fra le altre cellule si scorgono delle cellule notevolmente più grandi, simili a quelle che Waldeyer ha descritto nell'epitelio germinale dell'ovario, considerandole come ovoli primordiali; l'Autore non dubita di dare anche ad esse questa significazione, e di considerarle come un rudimento microscopico dell'originario ermafroditismo. In periodi seniori queste cellule assumono, come le altre epiteliche, dei granuli di pimmento.

Ghiandole di Cowper e di Bartolini. Le vescicole hanno un largo lume, limitato da un semplice strato di cellule cilindriche relativamente alte, contenenti un nucleo posto nell'estremità che posa sulla membrana propria. Da questa estremità parte anche un prolungamento splendente, lamellare, che, al par di quelli delle ghiandole salivari, si dispone sotto le cellule vicine. Il resto del protoplasma cellulare è chiaro e sparso di granuli, i quali, con un forte ingrandimento, si riconoscono come punti nodali di un sottile reticolo, che sembra il prodotto di una coagulazione determinata dai reagenti. Nei piccoli condotti escretori le cellule diventano cubiche, a protoplasma colorabile; nei grossi, l'epitelio diventa a 2 o 3 strati.

Nelle ghiandole di Cowper e di Bartolini non s'osservano cambiamenti essenziali fra l'impubere e il pubere; l'Autore, quindi, inclina ad annetterle agli organi uropoetici; mentre la prostata apparterrebbe agli organi sessuali.

Sulla struttura e i rapporti dei tegumenti a livello della loro congiunzione nelle regioni anale, vulvare e del collo uterino; per Robin e Cadiat. (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, décembre 1874 et janvier 1875).

Questa interessante memoria ci dà soluzione netta di alcune questioni sulle quali gli autori non sono ancora perfettamente d'accordo.

1° *Regione anale.* — I follicoli o ghiandole del retto cessano a 5-8 mill. al di sopra della linea sinuosa, mostrante una serie di archi e di festoni a concavità superiore indicante la linea di demarcazione tra il retto e la pelle. Colle ghiandole sparisce anche l'epitelio cilindrico, al quale succede assai bruscamente un epitelio pavimentoso regolare, umido, molle, liscio, analogo a quello della vagina, a cellule superficiali ancora nucleate. Ma a partire dalla linea sinuosa ad arcate (colonne di Morgagni) l'epitelio assume la struttura dell'epidermide: le cellule superficiali sono cornee e senza nucleo. Nel medesimo tempo la trama dermica, ancora sottile, offre i medesimi caratteri che essa ha nella pelle; ma non

presenta ancora nè peli, nè ghiandole per una altezza di 12-20 mill. Questa zona adunque, al pari del derma sottoungueale e del derma della parte profonda del condotto uditivo esterno, è affatto sprovvista di peli e di ghiandole.

Relativamente alla tessitura del corion mucoso e dermico dell'ano e del retto, è da notarsi il fatto seguente: Su qualche soggetto sin dalla nascita si trova una rete venosa emorroidale sottomucosa, molto più sviluppata che su gli altri. Dopo questa età tali venuzze presentano di tanto in tanto delle dilatazioni fusiformi.

2º *Regione vulvare.* — *a*) Allorchè si passa dalla cavità del collo sui labbri del muso di tinca, l'epitelio, le papille e la trama mucosa cambiano bruscamente di carattere; una estensione di 1-2 mill. basta a questo passaggio; l'epitelio prismatico è surrogato da un epitelio pavimentoso tenace, spesso; nella trama del corion il numero delle fibre laminose aumenta, quella dei nuclei del tessuto cellulare diminuisce, nel medesimo tempo si vedono delle papille cilindriche o coniche, sottili lunghe mill. 0,2 riposte nell'epitelio. — *b*) Seguendo di alto in basso la mucosa vaginale a 3-4 mill. al di sopra dell'imene o dei suoi avanzi l'epitelio della vagina diviene tenace, il suo strato corneo si fa più spesso e resta più difficile a separarlo. Robin e Cadiat sono d'accordo con tutti gli altri autori sul fatto che la mucosa vaginale non possiede ghiandole; ma non hanno ancora constatato la presenza dei follicoli chiusi, ammessi da Henle, da Cruveilhier e M. Sée, dei quali Huguier per il primo aveva supposto l'esistenza per spiegare l'origine delle cisti delle pareti vaginali.

3.º — Relativamente alla regione balano-prepuziale è impossibile poter descrivere le pretese ghiandole di Tyson. Questi organi secretori mancano completamente: lo smegma prepuziale è formato da cellule epiteliche e non da principii grassi, come il prodotto delle ghiandole sebacee. Al fondo del solco balano-prepuziale lo strato dell'epidermide che riempie il fondo delle pieghe interposte alle papille può simulare un condotto escretore sebaceo, di cui i prolungamenti interpapillari rappresenterebbero i cul di sacco. Ma l'esame delle cellule epiteliali tutte nucleate, la mancanza di goccie grassose libere o incluse nelle cellule dimostrano chiaramente la natura tegumentosa e non ghiandolare di questi ammassi epiteliali. Losio.

Sulla struttura intima della mucosa e delle ghiandole uretrali dell'uomo e della donna; per C. Robin e Cadiat (*Journal de l'Anat. et de la Physiol.* 1874 e *Revue d. sc. med.* 1875).

Trama elastica della mucosa. — La mucosa dell'uretra è la più ricca in fibre elastiche; che sono fine assai, poco flessuose, generalmente in direzione parallela all'asse dell'uretra. Lo strato jalino superficiale, su cui sta l'epitelio, è una sostanza jalina amorfa, che si continua anche fra gli elementi della trama della mucosa, diminuendo man mano in quantità negli strati profondi.

Epitelio uretrale. A livello delle labbra del meato uretrale, e fino

a 5-8 mill. nel canale, è pavimentoso a strato corneo spiccato; poi diventa molle, lubrico, e le sue cellule acquistano il carattere delle cellule prismatiche. Contemporaneamente le papille diventano più rare e a poco a poco scompajono; infine, a 10-12 mill. al di là del punto in cui l'epitelio da pavimentoso diventa prismatico si cominciano a vedere dei particolari orifizii (*seni e lacune di Morgagni*).

Tutti questi caratteri scompaiono a livello dello sfintere vescicale; sullo stesso trigono vescicale la mucosa cessa di aver una trama di fibre elastiche; essa è essenzialmente formata da tessuto laminoso ricco in nuclei; mancano affatto le ghiandole.

Il verumontanum è costituito da un tessuto nel quale le fibre elastiche, soventi anastomizzate, prevalgono sul tessuto connettivo.

Per quanto riguarda le *ripiegature e le ghiandole* di cui si scorgono gli orifizi alla superficie della mucosa, gli autori distinguono:

1.° *i seni o le lacune di Morgagni*, che sono semplici depressioni della mucosa. Sono quegli stessi seni che si trovano in numero di 16-18 ai lati del meato della donna, e nella porzione di vestibolo più vicina a questo orifizio. Checchè se ne sia detto in proposito, questi seni non sono ghiandole, sicchè il loro complesso non potrebbe esser descritto come *prostata femminile*.

2.° *i follicoli ghiandolari*, ora semplici, ora a fondo rigonfiato, ora bi-trilobulati, tappezzato nella loro porzione profonda da un epitelio a piccolissime cellule poliedriche secernenti un liquido viscoso, non filante.

3.° *le ghiandole a grappolo*. Henle aveva creduto che queste ghiandole mancassero nella porzione membranosa dell'uretra, ma le recenti ricerche dimostrano che ve n'è sempre, e che, anzi, d'ordinario vi sono più numerose che nella porzione spugnosa. Alla nascita esse sono già ben costituite, e quasi così grosse come più tardi.

Sulla struttura dei vasi ombelicali e sulla loro chiusura dopo il parto; del dott. N. Stravinski. (*Wien. acad. Sitzgsb.* 1874, III, *Abth.* LXX, e *Centralbl.* 1875, pag. 277).

Onde ottenere sezioni longitudinali e trasversali delle arterie ombelicali umane, raccomanda l'Autore di isolarle e di tagliarle in tutta la loro lunghezza; poi di distenderle su carta bibula cui aderiscono, di indurirle nell'alcool, e poi tagliarle in parafina; si colorano con carmino ed acido picrico. — L'Autore descrive dapprima i caratteri macroscopici delle arterie ombelicali, poi quelli microscopici. Fra questi ultimi è da rilevare quanto segue: le arterie non posseggono una vera intima elastica; immediatamente sotto l'endotelio comincia la muscolare, che è grossa e costituita da ben sviluppate fibre liscie. Queste sono stratificate in un modo affatto irregolare, e mutano continuamente la loro disposizione e direzione, sicchè esistono fibre trasversali e longitudinali, ma non si può parlare di strati trasversali o longitudinali. Occorre, eziandio,

che in alcuni punti la parete sia costituita da fibre disposte solamente nell'una direzione o nell'altra.

Nella parte intra-addominale delle arterie l'Autore conferma l'osservazione, già fatta da altri, dell'esistenza di un trombo. Come causa essenziale dell'arrestarsi della pulsazione e del chiudersi delle arterie ombellicali l'Autore considera una loro *contrazione*, che ha luogo tanto nell'anello ombellicale, quanto in un tratto più o meno lungo verso l'interno. — Per le considerazioni fisiologiche e per gli altri dettagli rimandiamo all'originale.

Sul primo stadio di sviluppo degli spermatozoidi; del prof. F. Merkel (nelle *Untersuchungen aus dem anatomischen Institut zu Rostock*. Rostock 1874).

L'Autore mantiene le sue idee intorno allo sviluppo dei nemaspermi dalle *cellule rotonde* dei canalicoli seminiferi. In queste ultime egli ha notato delle curiose modificazioni dei nuclei, le quali gli permettono di stabilire che la testa del nemasperma è il prodotto della trasformazione del nucleo, mentre la coda corrisponde allo sviluppatosi corpo cellulare. Infatti il nucleo, quando è in via di trasformazione, presentasi come diviso in due emisferi; e di questi l'uno è pallido, mentre l'altro è provveduto di un limite spiccato, a doppio contorno, dal quale parte un prolungamento che sporge nel protoplasma cellulare. La parte a doppio contorno del nucleo si raggrinza in quasi tutti i reagenti, il che fa supporre che sia più ricca d'acqua che l'altra metà.

Anche in successivi stadii di sviluppo le teste dei nemaspermi ricordano l'origine primitiva; la loro metà libera è più oscura, mentre la parte a cui si innesta la coda è più pallida.

Sulla costituzione della mucosa dell' utero maschile, dei canali deferenti e delle trombe di Fallopio; par M. M. Ch. Robin et Cadiat. (*Journal de l'anat. et de la physiol.* janvier et mars 1875).

I canali ejaculatori e l'utero maschile (vescicola prostatica) son ravvolti da uno strato di tessuto elastico, che, traversando la prostata, sporge nell'uretra col nome di *verumontanum*, la cui vascolarità non è che dipendenza di quella prostatica. Per questo è inesatto descrivere con Henle uno strato di tessuto spongioso attorno i canali ejaculatori, poichè la disposizione dei vasi non è come quella che si osserva nel vero tessuto spongioso del pene.

L'epitelio dell'utero maschile è prismatico, senza ciglia vibratili, simili a quello dell' uretra, ma a cellule più sottili, ed a strato meno spesso.

La mucosa è assolutamente liscia e sprovvista di ghiandole; vi si trovano però delle escavazioni simili ai seni o lacune di Morgagni dell'uretra.

I canali ejaculatori sono parimenti sprovvisti di ghiandole. Così pure dicasi dei canali deferenti; chè quanto gli altri autori e Robin stesso presero per follicoli; non sono altro che alveoli della faccia interna reticolata dei canalicoli.

La tessitura della mucosa delle trombe di Fallopio è analoga a quelle dei canali ejaculatori e deferenti. Essa non ha ghiandole nè fibre elastiche, è molto ricca di elementi stellati. Su sezioni si vede molto bene spiccare dai tessuti sottoposti, tranne dal connettivo sottomucoso col quale è in istretto rapporto. Infine secondo gli autori la detta mucosa non contiene fibro-cellule longitudinali. LOSIO.

Sullo sviluppo dell' ovario del cavallo; di L. BORN. (*Reichert's Arch.* 1874 pag. 118).

L' ovario del cavallo adulto (all' opposto di quelli degli altri animali domestici) ha la forma di una fava *colla concavità verso l' alto*, cosicchè il legamento largo si inserisce all'orlo convesso (inferiore), pel quale, anche, hanno passaggio i vasi. Quasi l' intera periferia dell'ovario è rivestita dalla sierosa; gli ovuli possono riescire all'esterno solo per una piccola fossetta, primamente descritta da Leisering, in vicinanza dell' orlo frangiato.

Questa curiosa disposizione dell' ovario cavallino non esiste che dopo il primo anno di vita; al momento del parto l'organo è presso a poco come negli altri animali. L' autore descrive accuratamente nella sua memoria in qual modo, gradatamente, abbia luogo questa trasformazione.

Sugli stomi dello strato pimmentale della retina; del dott. F. MORANO (*Centralbl.* 1875, pag. 67).

In lembi dello strato pimmentale di rana, isolati dopo lenta colorazione nel liquido di Beale e successiva immersione in glicerina, fra le cellule pimmentali si scorgono dei fori; che l'Autore, per analogia con quelli delle membrane sierose, ama chiamare: *stomi dello strato pimmentale.* Le pareti di questi fori son formate direttamente da 4-3 od anche 2 delle cellule circonvicine; in alcuni casi lo stoma è formato da una cellula sola, e giace costantemente in vicinanza del nucleo. — Notevole è la struttura dei singoli stomi. Nel loro interno si scorgono vere valvole, formate da 2 o più, piccole sporgenze, i cui apici arrotondati convergono verso il centro dello stoma, e lasciano fra sè il lume libero. Ciascuna valvola è ricca di protoplasma, e contiene uno o più nuclei. Anche nello strato pimmentale di alcuni mammiferi l'Autore ha osservato questi stomi, ma non costanti, e non della stessa forma e struttura; così, per esempio, nella pecora sono molto piccoli, di forma elittica od ovale, e senza traccia di valvole.

Contribuzione alla conoscenza delle vie di riassorbimento dell' umor acqueo; del dott. E. CALBERLA. (*Pflüger's Arch.* IX 468-469 e *Centralbl.* 1875, pag. 270).

A fine di decidere della natura del canale di Schlemm, l' Autore injettò nella camera anteriore di conigli bianchi del sangue mescolato con cinabro. Guarito l' ipoema, enucleò l'occhio e l' indurì nel liquido di Müller. All'esame trovò che la più parte del cinabro era nel tessuto dello spazio di Fontana, nello stroma e nei vasi dell' iride e del corpo

cigliare, e nel circolo venoso. Questi fatti sostengono l'opinione di Leber contro quella di Schwalbe riguardo alle vie di deflusso della camera anteriore.

Sulla terminazione dei nervi nella cornea; del dott. L. Calembrun Mercure. (*Giornale dell'Accad. di med.* di Torino, 1875).

Ecco in qual modo l'Autore stesso compendia i risultati del suo lavoro:

« Da tutto quanto sono venuto sin qui esponendo colla maggiore brevità possibile, e nel modo che mi fu migliore, parmi si possa con sufficiente ragione conchiudere:

1.° Che i nervi entro le cellule epiteliali della faccia anteriore della cornea si terminano costantemente ad estremi liberi e forse in modo rigonfio, portandosi fin quasi all'ultimo piano cellulare. Oltre a questi vi hanno pure quelle arcate od anse formate dalla riunione dei filamenti nervosi medesimi, che si prolungano sino all'ultimo strato epiteliale, ma che, come già dissi, non debbono aversi in conto di vera terminazione dei nervi nell'epitelio della cornea.

Quindi devesi ritenere inesatta l'asserzione dello Stricker e del Klein, per ciò solo che hanno considerato quale terminazione nervosa le dette anse, trascurando gli estremi liberi che pur vi sono in mezzo a queste.

Mentre invece l'opinione che il Cohnheim pel primo ammetteva, e poscia confermata dalle ricerche del Kölliker e dell'Engelmann, è la sola che possa accettarsi, quantunque in parte modificata.

Riguardo poi all'opinione del prof. Inzani, debbo con molto rincrescimento confessare, che non mi fu mai dato di osservare con certezza nè le capsule, nè i filamenti che da queste emergono, ancorchè abbia usato sì del cloruro d'oro, come dell'acido osmico, e che lo stesso Professore mi abbia gentilmente mostrato parecchie volte de' suoi preparati tanto di cornea umana, quanto delle mucose dei seni frontali e mascellari colorati col cloruro d'oro, nei quali i nervi si terminavano nel modo espresso nei suoi lavori, e fedelmente riportati nelle tavole annesse.

Anzi aggiungo che il movente precipuo ad intraprendere queste mie osservazioni, si era appunto il desiderio di potere confermare anche nelle cornee di animali l'opinione del mentovato prof. Inzani.

2.° Che i ringonfiamenti triangolari, i quali si trovano nei punti di anastomosi dei fasci nervosi costituenti quella rete, che abbiamo chiamata sottoepiteliale, non debbono aversi in conto di ganglii periferici, ma sibbene il prodotto della riunione dei cilindri assili delle fibre ivi riunite, per poscia di nuovo dividersi, onde formare la suddetta rete.

3.° Che i nervi entro lo spessore della cornea si mettono molto probabilmente in rapporto diretto con i prolungamenti protoplasmatici dei corpuscoli corneali. Infatti mi è occorso di osservare in sezioni tanto perpendicolari, quanto orizzontali di cornee di coniglio e di rana, da prima trattate o col cloruro d'oro, o col nitrato d'argento, qualche piccolo filamento nervoso staccatosi da un ramo maggiore dirigersi verso il corpuscolo, per poscia confondersi con questo.

Però io non intendo con ciò di dichiarare confermata in modo definitivo l'opinione messa innanzi dal Kühne prima, e poi dal Lipmann, sulla comunicazione diretta dei filamenti nervosi con i corpuscoli corneali, giacchè lascio che altri meglio di me faccia su questa vertenza tutta quella luce che l'importanza del fatto richiede. A me basta di avere segnalato quanto ho osservato, e nulla più; imperocchè so benissimo, come al giorno d'oggi tale opinione, lungi dall'essere accettata da tutti, è oggetto invece di serie discussioni fra gli istologi. Ed anzi il Frey (1) stesso, a proposito della opinione del Kühne, così si esprime: « È molto difficile, di pronunziarsi sopra un uguale soggetto; in tutti i modi l'osservazione del Kühne ha grande importanza, ma però è meglio tenersi ancora sulla riserva. Del resto Saemisch ha inutilmente cercato di confermare le osservazioni di questo autore ». Senonchè, come già dissi da principio, il Tannhofer recentemente avrebbe verificata pienamente la continuazione anatomica dei fili nervosi con i prolungamenti dei corpuscoli corneali.

4.° Che non è punto vero, siccome il citato Tannhofer ammetteva, che i filamenti nervosi che si distribuiscono nella cornea siano contenuti in canali speciali scavati nella sostanza fondamentale, e rivestiti di un endotelio. Imperocchè, ripetendo con ogni diligenza possibile le osservazioni del precitato autore, mi sono pienamente convinto che i fasci nervosi decorrono, per certo tratto e sino al punto di loro divisione e suddivisione, entro una guaina nucleata in vero, ma affatto sprovvista di cellule endoteliali.

5.° Infine che il modo di comportarsi dei nervi entro lo strato epiteliale della faccia anteriore corneale, quale io l'ho descritto, è quasi identico a quello, onde si terminano i nervi nella congiuntiva bulbare. Ed una tale rassomiglianza io l'ho riscontrata leggendo la dotta memoria sulla struttura della congiuntiva umana del valente Professore Ciaccio pubblicata nel passato anno, lavoro questo che è commendevole sotto qualunque rapporto.

Contribuzione alla fisiologia ed istologia della cornea; del prof. L. V. Thanhoffer. (*Virch. Arch.* Vol. 63. pag. 136).

Nelle buone impregnazioni metalliche della cornea di diversi animali (mammiferi, uccelli, batraci) si scorge che le incolore figure dei *canalicoli plasmatici* di Recklinghausen comunicano con dei larghi canali pure incolori; sì questi che quelle sono separati dal fondo bruno della sostanza fondamentale per mezzo di una linea ancora più bruna. Come in questi larghi canali scorrono i tronchi nervosi della cornea e come questi canali appaiono limitati da un endotelio, così l'autore interpreta così: i tronchi nervosi giacciono in *canali plasmatici*, che comunicano coi *canalicoli plasmatici*; sì questi che quelli sono limitati verso la sostanza fondamentale per mezzo di una membrana

(1) Frey « Handbuch der Histologie und Histochemie des Menschen » Leipzig, 1873.

propria, munita di fori. Sottili fibrille nervose si spiccano dai tronchi nervosi, e si mettono in connessione coi prolungamenti dei corpuscoli corneali.

Le maglie vascolari sanguigne della periferia della cornea sono (almeno nella cavia, nel porco spino, coniglio e gatto) circondate da uno spazio linfatico, con parete formata da cellule endoteliche, comunicante direttamente coi canalicoli plasmatici.

I nervi che hanno trapassato un corpuscolo corneale decorrono verso l'epitelio anteriore; e, trapassato eziandio la membrana di Bowmann, formano un plesso nervoso, dal quale partono delle fibrille rette (nervuli recti). Le fibrille rette penetrano tra le cellule epiteliche cilindriche dello strato più profondo, decorrono parallele a queste ultime, e vanno a terminare in particolari corpi piriformi, che stanno disposti fra le loro sommità (estremità esterna). L'autore ritiene che i plessi nervosi descritti da altri negli strati più esterni dell'epitelio, ed anche le estremità terminali libere che sporgono dal piano dell'epitelio stesso (Cohnheim) non sieno che prodotti artificiali del metodo di preparazione.

L'epitelio della Descemet appartiene agli epiteli spinosi o cigliati.

I nervi che dalla sclera passano nella cornea sono, nella cavia, provveduti di gangli risultanti da più cellule nervose.

Colla struttura descritta dall'autore si ha un sistema nutritizio ricchissimo che permea tutta la cornea, ed è costituito dai larghi canali plasmatici che circondano vasi sanguigni e nervi, e dai canaliculi che se ne dipartono.

Riguardo alle differenze nei diversi animali, rimandiamo all'originale.

Osservazioni intorno alla membrana del Descemet e **al suo endotelio**; del prof. G. V. Ciaccio. (Memorie dell'Accademia delle Scienze di Bologna. Serie III. Tomo V. 1875).

L'autore studiando la membrana del Descemet nell'uomo e in altri animali con varii metodi (cauterizzazioni col nitrato d'argento della cornea subito dopo la morte; trattamento col cloruro d'oro 0,5 per 100; col permanganato di potassa, col cloruro sodico al 12 per 100) è giunto ai risultati che riassume nei seguenti:

1.° La membrana del Descemet è composta di finissime fibre cementate da una materia assai tenace, ed è provveduta di spazietti microscopici, pei quali la camera dell'umor acqueo comunica con le piccole lacune e i canaletti umoriferi della cornea, e per queste coi vasi linfatici della congiuntiva oculare.

2.° Gli stomati, o boccucce, che si scorgono tra le cellule endoteliche, che tappezzano la membrana del Descemet, non sono altro che gli sbocchi dei suddetti spazii nella camera anteriore.

3.° Dopo irritazione o infiammazione della cornea e dell'iride, occorre qualche rara volta di scorgere negli spazii della membrana di Descemet dei corpuscoli linfatici che vi sono giunti dall'umor acqueo

4.° La sostanza delle cellule endoteliche della Descemet, la quale circonda il nucleo, è percorsa da fibrille che si intrecciano a modo di rete.

5.° La virtù motrice (contrattile), di cui sono dotate queste cellule endoteliche, risiede sì nel nucleo, come nella sostanza (protoplasma) che gli è dintorno, ma in questa è sempre maggiore che in quello; e perciò anche maggiori e più manifeste vi sono le mutazioni di forma che conseguono d' ordinario all' irritamento o infiammazione della cornea. GRIFFINI.

Ricerche sugli organi tattili dell'uomo; di M. JOBERT. (*Comptes rend. de l'Acad des sciences*, 25 janvier 1875).

L'Autore studiò le diverse regioni della faccia per trovare i peli tattili tanto sviluppati in certi mammiferi, ed è a livello delle palpebre, ove trovò una disposizione molto rimarchevole. I nervi, provenienti da uno o più fasci, penetrano profondamente nella tonaca fibrosa esterna del follicolo, la circondano in modo da formare una specie di cingolo. Da questo cingolo sensitivo staccansi le fibre nervose; le quali ascendono per un certo tratto, poi si ripiegano su sè stesse, perforano più profondamente la membrana fibrosa esterna, e, private della mielina, si mettono in contatto colla membrana vitrea; e non è raro vedere pure qualche fibrilla penetrare nella membrana vitrea e portarsi sino alle cellule della guaina epiteliale esterna. L'Autore non riuscì a seguire più oltre il decorso di queste fibre nervee.

Simil struttura si osserva nella pelle delle gote, delle pinne nasali, delle labbra, del mento quantunque queste regioni ne siano meno ricche.

LOSIO.

RIVISTA DI ISTOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

del dott. C. GOLGI.

I.

Hitzig — *Sulla situazione del liquido cerebro-spinale.*
Mierzejewski — *Sul tessuto connettivo interstiziale della sostanza bianca delle circonvoluzioni cerebrali.*
Arndt — *Sull'avventizia dei vasi cerebrali.*
Huguenin — *Il braccio anteriore delle eminenze quadrigemelle.*

Huguenin — *Il braccio posteriore delle eminenze quadrigemelle.*
Lemoigne e Inzani — *Il* fascio uncinato *del cervello dei mammiferi.* (*Reclamo per un diritto di priorità di scoperta*).
Krause — *Il* ventriculus terminalis *del midollo spinale.*

II.

Mierzejewski — *Studj sulle alterazioni cerebrali nella paralisi generale.*
Huguenin — *Sull'anatomia patologica della demenza paralitica.*
Ripping — *Sulla degenerazione cistoide della corteccia cerebrale negli alienati paralitici.*
Wiessinger — *Formazione delle cisti nella sostanza corticale del cervello.*
Adler — *Sulla presenza delle cellule adipose granulari nel midollo spinale degli alienati.*
Adler — *Sopra alcune alterazioni patologiche del cervello degli alienati.*
Adler — *Sopra alcune alterazioni patologiche dei vasi cerebrali degli alienati.*
Arndt — *Aforismi sul'anatomia patologica degli organi centrali del sistema nervoso.*
Stefanini — *Sulla corea elettrica.*
Golgi — *Gliomi del cervello.*
Simon — *Su gliomi con cellule aracni- e pennelliformi.*
Bernhardt — *Contribuzioni cliniche allo studio delle affezioni superficiali del cervello umano.*
Westphal — *Un caso di tumore e di formazione di cavità nel midollo spinale.*

Ueber den Ort der extraventriculären Cerebralflussigkeit; (Untersuchungen über das Gehirn; Neue Folge). (*Sulla situazione del liquido cerebro-spinale*), von Eduard Hitzig. (*Archiv. f. Anatomie und. Physiologie und Wissentschaftliche Medicin*, N. 3, 1874, pag. 263).

Nelle opinioni intorno alla situazione del liquido cerebro-spinale si verificò in questi ultimi anni un notevole cambiamento. Cioè, molti esperimentati osservatori si misero a sostenere ch' esso liquido non si trovi già libero nel così detto sacco aracnoideo, ma bensì nel tessuto areolare esistente fra l' aracnoide e la pia. Henle, ad esempio (*Hanb. d. sistem. Anat.*, pag. 315, 3.° vol. 2.ª parte), non solo nega l'esistenza del liquido aracnoideo ma altresì quella del sacco aracnoideo, « Poichè, egli dice, il sacco sieroso (sacco aracnoideo di Bichat), alla cui dimostrazione anatomica per lo innanzi s'era rinunciato, non era che un'ipotesi per la spiegazione del liquido che circonda l' organo centrale; così s' intende da sè che il liquido doveva formare il contenuto del sacco,

le cui pareti ne erano riguardate come la sorgente. La fede nel sacco sieroso impediva agli anatomici di osservare che all'apertura della cavità rachidiana il così detto foglio viscerale dell'aracnoidea generalmente trovasi in contatto immediato col parietale, essa impediva ai medici di convincersi che l'essudato coagulabile dell'aracnoidite non si trova fra le due lamelle del sacco sieroso, ma bensì al disotto della lamella viscerale. » Anche Ecker (Physiol. Uters. über die Bevegungen des Gehirns und Buckenmarks. Stuttg. 1843 pag. 84) assicura che nell'animale vivente lo spazio aracnoideo non contiene liquido di sorta e che « contro ogni analogia con quanto s'osserva negli altri sacchi sierosi » il liquido non è contenuto nel sacco dell'aracnoidea ma tra il foglietto viscerale della medesima e la membrana vascolare.

È un fatto che all'apertura dei cadaveri nel sacco della dura, almeno in corrispondenza della convessità degli emisferi, generalmente non si riscontra liquido di sorta, mentre invece le maglie della pia ponno contenere liquidi diversi; egli è pure un fatto che, all'incontro, nelle vivisezioni allorchè si incide la dura madre si vede escire una notevole quantità di liquido sotto una pressione non tanto leggiera. Pertanto evidentemente v'ha contraddizione tra i reperti degli anatomici ed i risultati delle vivisezioni, ma una tale contraddizione è soltanto apparente, ciò venne per prima cosa dimostrata da Hitzig colle ricerche di cui ora diamo conto. Esaminando un grande numero di cani morti da oltre 24 ore, egli ebbe un reperto identico a quello che viene descritto per l'uomo, cioè: nel sacco della dura, almeno in corrispondenza della convessità, egli non riscontrava neppure la più piccola goccia di liquido; di più egli poteva ledere a piacimento la pia e la sostanza cerebrale senza che ne gemesse stilla di siero, la qual ultima circostanza ci dimostra che il liquido proviene dallo stesso sacco della dura. Naturalmente egli è da ritenersi più che verosimile che se nel cranio del cane morto i rapporti sono identici a quelli del cadavere umano, la stessa identità si verifichi anche in vita. Ma cosa accade dopo morte della non insignificante quantità di liquido contenuto in vita nel sacco della dura madre? Ed anche un'obbiezione qui si potrebbe non senza fondamento sollevare. Poichè nel momento della trapanazione la pressione nell'interno della scatola cranica viene essenzialmente alterata, così potrebbesi accampare la possibilità che la verificata notevole copia di liquido cerebro-spinale non si trovi normalmente nel sacco della dura, ma non sia altro che un patologico spandimento delle vie linfatiche degli involucri cerebrali causato dall'alterata pressione. — Al quesito ed all'obbiezione Hitzig risponde con un'unica serie di esperimenti. Egli esaminò un grande numero di cani, uccisi istantaneamente coll'acido prussico, ad un diverso periodo dopo la morte. — Aperto il sacco della dura, immediatamente dopo la morte degli animali ebbe esattamente lo stesso reperto che nei viventi: il liquido cerebro-spinale sgorgava appena veniva incisa la membrana; lasciando scorrere qualche tempo la quantità

del liquido diminuiva, e dopo alcune ore non se ne trovava più traccia; Hitzig notava inoltre che allorquando il liquido è del tutto scomparso, la superficie del cervello si trova rispetto alla dura in diversi rapporti di spazio. Cioè, mentre negli animali appena uccisi riesce facilissimo l'insinuarsi tra la dura e la pia, senza punto ledere quest'ultima, ciò diventa quasi impossibile dopo alcune ore, sebbene la dura madre, come negli altri casi, praticata la finestra ossea s'incurvi all'infuori. Questo dimostra che la sostanza cerebrale ha ormai occupato lo spazio che da prima era riempito dal liquido cerebro-spinale. Con ciò, Hitzig crede d'aver data una soddisfacente risposta alle due accennate questioni. La presenza del liquido negli animali appena morti non può certo esser causata dall'alterata pressione perchè l'animale morto non secerne più, e d'altra parte la diminuzione o scomparsa del liquido spiega l'aumento di volume del cervello, poichè un tale aumento può soltanto esser prodotto dall' assunzione del liquido. Ciò è anche confermato dalla notevole differenza di volume tra il cervello a fresco e dopo alcune ore dalla morte dell' animale, inoltre nell' ultimo caso il cervello appare sempre assai più molle.

A quale fisica influenza devesi attribuire la penetrazione del liquido nell' interno dell' organo?

Se la scomparsa del liquido si dovesse attribuire ad una particolare tendenza igroscopica, ad una proprietà di imbibizione della sostanza cerebrale morta, osserva Hitzig, anche il liquido dei ventricoli dovrebbe scomparire e invece, mediante una finestra opportunamente praticata nella sostanza cerebrale si può facilmente rilevare che i ventricoli si mantengono pieni, di conseguenza l' autore è portato ad ammettere che l'imbibizione del cervello venga essenzialmente determinata dalla pressione da esso esercitata sul liquido. — Il cervello, com'è noto, si trova in uno stato di continua fisiologica compressione; cessando colla morte la contro pressione esercitata dal sangue, la generale pressione scema alquanto, ma non cessa completamente, sussiste la forza mediante la quale il cervello compresso cerca di riprendere i suoi confini di elasticità; in questa forza, secondo Hitzig, è da cercarsi il momento mediante il quale l'acqua del sacco della dura è spinto nella sostanza cerebrale. — Dopo la conoscenza di questi dati, varii fatti patologici richieggono una nuova valutazione. In proposito Hitzig, si ferma specialmente a considerare la controversa questione del valore della consistenza della massa cerebrale di quelle persone che morirono dietro manifestazioni generali del cervello.

La dimostrazione del fatto che qualunque cervello si presenti alla sezione ha subito un certo grado di macerazione, diverso a norma della circostanza, ci fa considerare alcune cose da un punto di vista diverso che per lo innanzi. In particolar modo le essudazioni che avvengono rapidamente, le quali conducono in breve alla morte per anemia cerebrale, dovrebbero di molto facilitare la penetrazione del liquido nella sostanza cerebrale in

quanto che con una breve durata della compressione i rapporti di elasticità della massa nervosa centrale non ponno essere ancora essenzialmente alerati. — Egli è pertanto non impossibile che in alcune persone abbia esistito un idrocefalo esterno acuto, sebbene il loro cervello alla sezione non offra che i segni dell' edema cerebrale.

Anche gli edemi della pia dopo le vedute qui sviluppate richieggono una nuova esplicazione. Ove esso trovasi è da ritenersi che la vicina sostanza cerebrale, in seguito a processi degenerativi, abbia perduto la sua elasticità od il suo normale volume in modo che non potè più aver luogo una infiltrazione del liquido.

Anche sopra un'altra circostanza dovrebbesi rivolgere d'ora innanzi maggiore attenzione. Poichè normalmente nel sacco della dura subito dopo la morte non si trova più liquido, così aumenta di interesse il fatto che s'osserva specialmente all'autopsia degli alienati, che tagliando la dura escono varie cucchiaiate di liquido. — Prima d'ora era semplicemente ammesso che lo spazio risultante da atrofia del cervello venga occupato da liquido, ma ora alla dimostrazione di una qualsiasi quantità di liquido in questo spazio si dovrà attribuire la significazione che, pur mancando evidenti alterazioni, nell' interno del cervello siansi verificati generali o locali avvenimenti i quali non gli abbiano permessa la *post-mortuale* espansione fino al completo riempimento della scatola cranica.

Sul tessuto connettivo interstiziale della sostanza bianca delle circonvoluzioni cerebrali; osservazioni di J. Mierzejewski. (Introduzione alla memoria: *Études sur les lésions cérébrales dans la paralisie générale. — Archives de la Physiologie normale et pathologique, mars-avril* 1875, pag, 195).

Per studiare la forma degli elementi connettivi della sostanza bianca cerebrale, Mierzejewski si valse del metodo di Ranvier (V. questa Rivista 1874) modificato come segue: I pezzi di sostanza bianca degli emisferi, della grandezza di un centimetro cubico, furono immersi per 12-24 ore in una soluzione al 1|3 per 0|0 d'acido osmico; dopo questo tempo, levavato mediante un rasoio il sottile strato esterno del pezzo trasformato in una solida crosta, passavasi all' esame, previa dilacerazione ed imbibizione, dello strato immediatamente a contatto della crosta L'analisi dei fatti osservati condusse l'Autore alle seguenti conclusioni:

1° Esiste una differenza essenziale tra il tessuto interstiziale de' neonati e quello degli adulti.

2° Nell'adulto, tra gli elementi nervosi della sostanza bianca delle circonvoluzioni non si trova altro tessuto interstiziale che quello segnalato da Ranvier nel midollo spinale. La trama connettiva consiste in cellule piatte, cellule linfatiche ed in fasci incrociati. L' Autore potè convincersi che questi fasci incrociati hanno nessuna unione organica colle cellule connettive, e che invece ciascuno di questi elementi è un' unità istologica distinta.

3° La scienza attuale non ci dà i mezzi necessari per dimostrare chia-

ramente le differenze morfologiche tra i fini fasci connettivi e quelli di fini cilinder axis. Il metodo consigliato da Henle per precisare le differenze tra questi due elementi, metodo basato sul differente modo di reagire dei cilinder axis e delle fibre connettive alla azione della potassa caustica, prima della completa loro dissoluzione, non dà soddisfacenti risultati.

4° Nella sostanza bianca delle circonvoluzioni vicina alla grigia l'Autore potè isolare delle piccole cellule multipulari. Nell'uomo esse presentavansi col nucleo rotondo o piatto, fortemente colorate col picrocarminato; avevano una sottile zona di protoplasma e 3 o 4 prolungamenti i quali staccavansi dal corpo cellulare e facevansi distintamente rimarcare per la loro forma rotonda ondulosa ed il loro volume che oltrepassava di due o tre volte quello delle fibre incrociate.

Riguardo a tali cellule, secondo l'Autore ciò che è difficile a provare è se esse appartengono al tipo nervoso o al tipo connettivo, perocchè a suo credere nessuno dei caratteri sinora dati come caratteristici dell'una o dell'altra specie di cellule basta per stabilire la distinzione; cellule simili, egli aggiunge, vennero osservate nella stessa regione da Meynert, il quale le considerò come cellule gangliari.

Nella sostanza bianca delle circonvoluzioni cerebrali de' neonati tra i fasci de' cilinder axis Mierzejewski avrebbe osservato tre elementi distinti:

1° Cellule piatte di forma ovale, che sono piuttosto nuclei senza protoplasma che cellule propriamente dette; il loro volume (nel cane) è di 5-7 μ il loro corpo consiste in una massa omogenea colorantesi in grigio sotto l'influenza dell'acido osmico e contenente due o tre piccoli nucleoli.

2. Vere cellule poligonali, quasi dello stesso volume delle precedenti, contenenti altresì due o tre nucleoli; esse coloransi in grigio coll'acido osmico, ed i loro opposti angoli s'allungano spesso in sottilissimi e corti prolungamenti. Talvolta queste cellule sono disposte in catenelle parallelle, come le descrisse Jastrowitz.

3° De' corpi senza nucleoli, o corpi amiboidi, di forma diversa, irregolari, d'un volume press'a poco eguale a quello dei nuclei ovali e che si colorano fortemente in nero sotto l'influenza dell'acido osmico.

Fra questi tre elementi distinti trovasi una serie di elementi di passaggio, ciò che prova che una catena di graduale trasformazione unisce queste diverse forme; oltre questi elementi poi, tra i cilinder axis secondo Mierzejewski esistono de' granuli amorfi trasparenti che annerisсono coll'acido osmico.

Alle cellule poligonali egli attribuisce una speciale importanza nella storia dello sviluppo delle fibre nervose; a suo dire esse assorbono il grasso del tessuto circostante e coll' infiltrazione adiposa graduale trasformansi in corpi amiboidi i quali s' applicano ai cilinder axis, a diversa distanza gli uni dagli altri, coi quali confondonsi; quelli che

stanno vicini finiscono per unirsi in modo immediato colla loro sommità formando una *monolite varicosa che ha tutti i caratteri della guaina di mielina*; però i corpi ovalari che trovansi a distanza gli uni dagli altri, non s'uniscono immediatamente tra loro; lungo il cilinder axis dei granuli di mielina si depositano tra ciascun intervallo dei corpi ovalari, e a poco a poco i granuli si confondono in un solo nastro splendente componendo coi corpi ovalari una guaina uniforme. L'Autore pertanto ritiene che la guaina di mielina si formi tanto per l'applicazione dei granuli di mielina attorno alle fibre nervose, quanto per la fusione dei corpi amiboidi sovrapposti gli uni agli altri ed ai cilinder axis.

Ueber die Adventitia der Hirngefässe und einige mit ihre in Zusammenhang stehende Hirneinrichtungen. (Sull'avventizia dei vasi cerebrali ecc). v. Rudolf Arndt. (*Zeitschrift fur Psychiatrie etc.* Vol. 31 1874).

Brevemente ricordate le osservazioni di Virchow, di Robin, di Golgi, di Henle, di Boll ecc. intorno alla struttura e disposizione dell'avventizia de' vasi cerebrali, entra a discutere delle natura e provenienza di quelle appendici filiformi da cui, ne' vasi estratti dal parenchima cerebrale, generalmente vedesi sparsa l'esterna superficie dell'avventizia. In opposizione a quanto in proposito venne detto da Boll, nega che quei fili siano veri prolungamenti dell'avventizia o prolungamenti (terminanti liberamente entro il parenchima cerebrale) delle cellule connettive che, secondo quest'ultimo osservatore, accollandosi l'una all' altra formerebbero la stessa avventizia; sostiene invece, conformemente a quanto già da me venne detto, che le accennate appendici siano di prolungamenti di cellule connettive del parenchima cerebrale i quali vanno semplicemente ad inserirsi sull' avventizia. Per altro le opinioni di Arndt non sono così semplici e piane come potrebbesi arguire dal mio breve annuncio. L'Autore nella sua memoria entra in una serie di dettagli minuziosi sulle modificazioni di forma delle cellule connettive cerebrali, sul fatto che le appendici in alcune regioni abbondano in altre sono scarse o mancano completamente, sull'esistenza di particolari *cellule formative* le quali, nel periodo di sviluppo, dovevano servire a formare il tessuto di sostanza connettiva e che invece non vennero adoperate, restando indurite qual residuo eccedente (?) ecc., ecc., tutte cose le quali non servono ad altro che a dimostrare come l'Autore non sia ancora riescito ad acquistare una chiara ed esatta idea della costituzione dello stroma connettivo cerebrale, e che perciò noi crediamo di poterci passare dal darne conto.

Vogliamo tuttavia menzionare quanto egli dice intorno alla significazione de' filamenti connettivi derivanti dalle cellule e che vanno o ad unirsi colle pareti vasali od a terminare liberi entro il parenchima cerebrale, per ciò che dalle idee che in proposito espone, l'Autore è condotto ad ammettere nel cervello e midollo spinale l'esistenza di un doppio sistema di canali linfatici.

Secondo Arndt le fibre in questione servono a stabilire una specie di

drenaggio per l'assorbimento degli umori nutritizii ; l'incanalamento egli ritiene che avvenga a lato delle fibre.

Ma qui l'Autore si domanda : cosa accade ove le cellule connettive colle corrispondenti fibre non esistono ? Ivi, colla maggior sicurezza egli risponde, i succhi si radunano in canaletti scavati entro il parenchima e ne riempiono sempre più gli interstizii, esercitando una pressione sugli elementi la nutrizione dei quali viene perciò ad essere difficoltata od impedita, ed allorchè la pressione ha raggiunto un certo grado, la massa de' succhi stagnanti, cercando di sfuggire, si insinua fino a ridosso dei vasi ; ma poichè gli umori ivi non ponno tanto rapidamente attraversare l'avventizia per penetrare negli spazii da essa esternamente limitato (Spazi di Virchow e Robin), si accumula colà scavandosi uno spazio coll'allontanare il vaso dal parenchima cerebrale ; rimettendo poi la pressione sotto la quale i succhi si trovano, per ciò che questi a poco a poco riescono a penetrare negli spazi di Virchow e Robin, allora le lacune nuovamente formatesi ponno scomparire. Però se gli umori stanno per lungo tempo stagnanti negli scavati canali, questi ponno anche diventare stabili, formando un sistema di canali ora più ora meno sviluppati, i quali accompagnano i vasi dalla loro origine fino alla loro terminazione, vale a dire, a seconda che sono arterie o vene, dalla loro penetrazione dalla pia nella sostanza cerebrale fino alla decomposizione in capillari o dalla loro origine dai capillari al loro sbocco nei vasi meningei. Questo sistema di canali corrisponderebbe a quello che, in opposizione a Virchow e Robin, venne descritto da His, a quei canali cioè che recentemente da varii osservatori (pel primo dal Rel) vennero dichiarati prodotti artificiali. Prodotti artificiali sono veramente, dice Arndt, ma fatti dalla stessa natura e in certi rapporti così frequenti e regolari, che, per tali rapporti, si ponno riguardare come normali. Essi, secondo Arndt sono spazii linfatici al pari di quelli descritti da Virchow e Robin ; questi rappresenterebbero le vie per le quali la linfa viene condotta verso la periferia, quelli sarebbero soltanto gli spazii di deposito nei quali essa si raccoglie. Non potendosi verificare un ristagno degli umori senza una conseguente influenza sulla nutrizione degli elementi, accade che ove trovansi gli spazi di His la nutrizione del cervello avrà sempre sofferto e corrispondentemente vi saranno anche sconcerti funzionali, si verificherà cioè un'esaltamento dell'eccitabilità con depressione della sua energia. L'Autore in proposito non esita ad asserire che una grande quantità di nevropatie, coi loro soliti esiti e passaggi (debolezza, paralisi, forme convulsive ecc.), non dipendono da altro che dall'esistenza degli spazii di His, per la formazione dei quali la causa prima sarebbe il difettoso sviluppo delle appendici cellulari dell'avventizia.

Der vordere Vierhügelarm. (Il braccio anteriore delle eminenze quadrigemelle). v. prof. HUGUENIN in Zurich. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, pag. 189 vol. V 1° fasc. 1874).

Der hintere Vierhügelarm. (Il braccio post. delle eminenze quadrigemelle). v. prof. HUGUENIN in Zurich. (*Arch. f. Psych. und Nervenkrankheiten*, pag. 341 vol. V fasc. 2° 1875).

Nella prima di queste note l'Autore tende specialmente a mettere in evidenza la connessione tra il tractus opticus e le eminenze quadrigemelle anteriori dell'uomo. Dimostra cioè che il braccio anteriore delle eminenze accennate è soltanto in parte destinato a condurre le fibre alla corona radiata degli emisferi, mentre la massima parte di esse va a congiungersi col *tractus opticus*.

Negli animali il modo di terminazione del tractus opticus nel mesocefalo lo si può con sufficiente chiarezza e senza grandi difficoltà determinare. Esso s'avanza dal basso nella direzione del corpo genicolato esterno, sulla cui superficie e su quella del pulvinare s'allarga alquanto, quindi scorre lateralmente e verso l' interno di queste parti per raggiunger dopo breve decorso il margine anteriore delle eminenze quadrigemelle anteriori, entro cui si insinua facendo subire alle sue fibre una forte curvatura. Dall'esterno s' ha l'impressione che l'intero tratto ottico, girando attorno al corpo genicolato esterno ed al pulvinare, guadagni le eminenze quadrigemelle; ma le sezioni trasversali insegnano, com'è noto, che il tractus opticus invia una parte delle sue fibre nell'interno del corpo genicolato esterno e nel pulvinare del Talamo; parimenti è nota la radice al corpo genicolato interno, la quale (Meynert) di nuovo escendo da esso guadagna le eminenze quadrigemelle. Finalmente le eminenze quadrigemelle anteriori stanno in connessione, mediante piccoli sistemi di fibre, col pulvinare e col corpo genicolato esterno. Pertanto pel cervello degli animali, circa la terminazione del tractus opticus potrebbesi dare il seguente schema:

1° Radice diretta superficiale alle eminenze quadrigemelle anteriori.

2° Radice non superficiale al pulvinare; connessione di quest' ultimo colle quadrigemelle;

3° Radice interna al corpo genicolato esterno e connessione di questo ultimo colle quadrigemelle;

4° Radice al corpo genicolato interno; connessione di questo colle eminenze quedrigemelle.

Nel mesocefalo umano i rapporti non sono così chiari. Ivi il tractus opticus si può con facilità seguire fin sopra il corpo genicolato esterno ove forma un sottile rivestimento superficiale, ma la connessione di quest'ultimo ganglio colle eminenze quadrigemelle non è così chiara come negli animali. All'incontro si può sempre con facilità trovare la radice al corpo genicolato interno. Le sezioni insegnano che l'ottico invia profondamente, come negli animali, una radice al corpo genicolato esterno ed al pulvinare, ma la connessione del pulvinare colle eminenze qua-

drigemelle non è per anco colla desiderabile chiarezza dimostrata, e quasi sconosciuti sono i fasci di connessione tra queste eminenze ed il corpo genicolato esterno. Pertanto Huguenin trova che sarebbero da cercare tre vie: la radice diretta alle eminenze quadrigemelle, la connessione del pulvinare, e del corpo genicolato esterno, colle eminenze quadrigemelle. Tali vie vennero da Huguenin determinate col seguire accuratamente il decorso del braccio anteriore delle eminenze quadrigemelle. Questo nella gran maggioranza dei casi viene completamente ricoperto dal pulvinare, perciò onde poterne seguire il decorso è duopo escidere la porzione superiore del pulvinare medesimo. Viene generalmente ammesso che lo stesso braccio anteriore, come il posteriore, scorrendo sotto il talamo s'immetta nella corona radiata, aggiungendosi, in certo modo, alle così dette irradiazioni ottiche di Gratiolet (fasci di connessione del pulvinare colla corteccia). Pel braccio anteriore l'andamento è affatto diverso; da un attento esame risulta:

1° Che le fibre dello strato più superficiale derivano direttamente dal tractus opticus e giungono al braccio anteriore scorrendo sopra il corpo genicolato esterno.

2° Che i fasci situati più profondamente terminano nello stesso corpo genicolato esterno.

3° Che i fasci ancora più profondi terminano nel pulvinare.

4° Finalmente che alcuni fasci s'aggiungono alle irradiazioni ottiche di Gratiolet, i quali fasci nel pulvinare scorrono fino ad immediata vicinanza del corpo genicolato esterno. Questi fasci soli rappresenterebbero la connessione tra le eminenze quadrigemelle e la corona radiata e la corrispondente corteccia degli emisferi. Da tutto questo poi risulterebbe che il modo di distribuzione del tractus opticus nel mesocefalo umano è analogo a quello degli animali.

Venendo, nella 2ª delle sopracitate note, alla descrizione dei rapporti del braccio posteriore delle eminenze quadrigemelle, l' Autore ricorda come l'opinione comunemente ammessa sia ch' esso costituisca la connessione tra le eminenze quadrigemelle posteriori e la corona radiata, direbbesi cioè ch'esso, scorrendo sotto il corpo genicolato interno, s'unisce con tutte le sue fibre alla porzione di corona radiata che emana dal pulvinare del talamo. Ma nemmeno qui la cosa è tanto semplice, poichè una gran parte del braccio posteriore delle eminenze quadrigemelle si ferma al corpo genicolato interno; anch' esso pertanto dev' essere in buona parte computato tra le emanazioni del tractus opticus.

Facendo uno studio su sezioni oblique-trarversali (veggansi le figure che corredano le note di H.) si può rilevare che il braccio posteriore in corrispondenza alle eminenze quadrigemelle posteriori è costituito da due strati di fibre non chiaramente divisi. Il superiore connette le eminenze quadrigemelle posteriori col corpo genicolato interno; l'inferiore va ad unirsi ai fasci della corona radiata del pulvinare, onde recarsi con

essi alla corteccia, qual parte delle così dette irradiazioni ottiche di Gratiolet.

I primi fasci nella corteccia del corpo genicolato interno si espandono in direzione diversa e alcuni sullo stesso corpo formano uno strato zonale; questi ultimi probabilmente servono a stabilire una comunicazione diretta tra il tractus opticus e le eminenze quadrigemelle posteriori. I secondi scorrendo al disotto del ganglio, s'incontrano coi discretamente sviluppati fasci della corona radiata del *Pulvinar Thalami*, ai quali s'uniscono.

Da tutto questo ormai risulterebbe, dice Huguenin, che le eminenze quadrigemelle posteriori escono dalla alquanto oscura posizione anatomica in cui fino ad ora sono rimaste, per entrare nell'ordine delle masse grigie che ricevono fasci dell'ottico. Da ultimo risulta che la loro connessione coll'ottico è doppia; una diretta, analoga alla radice ottica delle eminenze quadrigemelle anteriori, decorrente sopra i corpi genicolati esterni; l'altra indiretta, analoga alla radice delle eminenze quadrigemelle anteriori proveniente dai corpi genicolati interni. Una connessione delle eminenze quadrigemelle posteriori coi corpi genicolati esterni per ora rimane sconosciuta.

Il fascio uncinato (*Tractus peduncularis trasversus*, GUDDEN) **del cervello dei mammiferi**; Reclamo per un diritto di priorità di scoperta, dei Professori ALESSIO LEMOIGNE e GIOVANNI INZANI. (*Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere*. Fascicolo di Luglio-Agosto 1874, pag. 660).

In un articolo pubblicato nel 1872 nell'*Archiv f. Psychiatrie* il prof. Gudden di Monaco asseriva d'aver scoperto un cordone nervoso *sinora non descritto*, ch'egli volle designare col nome di *tractus peduncolaris trasversus*, e che a suo dire, avrebbe le sue origini nelle due eminense quadrigemelle anteriori (V. questa Rivista, fasc. di maggio 1874). Quest' asserzione di scoperta è completamente erronea: dall'articolo di reclamo che ci stà davanti risulta infatti che il suddetto cordone nervoso venne fin dal 1861, 12 anni prima del prof. Gudden, descritto sotto il nome di fascio uncinato dai professori Lemoigne ed Inzani, in un opuscolo: *Sulla origine e sull'andamento di varj fasci nervosi del cervello*. Ecco le testuali parole dei due chiarissimi autori: (Pag. 16 *della qui citata memoria pubblicata coi tipi Ferrari di Parma*).

« Un fascio uncinato si ha pure nei mammiferi analogo a quello degli uccelli, e che come questo procede:

1.° Dal lato esterno delle eminenze quadrigemine.

2.° Dai corpi genicolati del talamo ottico.

3.° Dal lato esterno della base del peduncolo cerebrale.

« Costituito il fascio uncinato dalle preindicate origini, decorre sulla faccia inferiore del peduncolo cerebrale *trasversalmente* ed obliquamente dall'esterno all' interno ed all'avanti, nascosto dal *tractus* del nervo ot-

tico, di cui segue l'andamento e a cui aderisce per filamenti che vi trapassano. Durante questo tragitto, il fascio sembra somministrare anche alcuni filamenti al nervo olfatorio.

« Nell'uomo, il fascio uncinato presenta una varietà importante, e si è che il fascetto che proviene dalle fibre esterne della base del peduncolo cerebrale, talora trovasi un poco discosto dalla listarella ottica, tanto da poterne essere ben distinto, massime presso la linea mediana, portandosi esso in parte o in totalità alla eminenza mamillare, onde si innalza per andare alla vôlta. In questo caso ben si comprende che la vôlta a tre pilastri procede pur sempre dal fascio uncinato come nel cavallo.

« Giunto il fascio uncinato in corrispondenza del chiasma ottico, si ripiega in alto, per associarsi ad altro fascio originario peduncolare nella costituzione del sistema dei fasci interemisferici, e in particolare nella costituzione:

1.° dell'orletto di Foville, irradiazione che va alle circonvoluzioni mediane, profonde, *anteriori* e *superiori* al corpo calloso;

2.° del rafe esterno del corpo calloso, nervi di Lancisi;

3.° del setto lucido ».

Nel 1865 poi, uno dei due autori (Inzani), che fù anche il primo a riconoscere il fascio uncinato, ne ripetè il disegno alla fig. 8 tav. XV, dell'Atlante unito al suo *Compendio di Anatomia descrittiva.*

« Dopo queste esplicite dichiarazioni, così gli autori chiusero la loro nota di reclamo, siamo certi che il prof. Gudden sarà il primo a riconoscere il suo errore, il quale fù causato dalla trascuranza in cui noi Italiani in generale lasciamo le cose nostre, e dalla poca premura che gli stranieri porgono nel rovistare il negletto contributo che l'Italia pur non manca di recare alla scienza....

« Per ciò che ne riguarda, noi, oltrechè preghiamo questo onorevole consesso di tenere atto delle nostre dichiarazioni di priorità in tale scoperta, ci permettiamo anche di far notare che il nostro lavoro ha una ben altra importanza. Noi infatti richiamammo l'attenzione *sul sistema* dei fasci *inter-emisferici* (orletto di Foville, rafe esterno del corpo calloso, setto lucido, vôlta a tre pilastri, tenia semicircolare di Haller), procedente da 3 origini (peduncolo, habena, e il nostro fascio uncinato).

« Il prof. Gudden non vide che una sola parte di un tutto che tiene un posto rilevante nella morfologia del cervello, e descrisse poi questa parte imperfettamente e molto dopo di noi. L'opuscolo che abbiamo pubblicato somministra prove a cui nulla si può opporre. L'osservazione del prof. Gudden non fà che convalidare la verità di un particolare già da noi annunziato; e quindi, sotto tale aspetto, siamo ben lieti di una tale conferma ».

Der Ventriculus terminalis des Ruckenmarks; (*Il ventricolo terminale del midollo spinale*). von prof. W. Krause in Göttingen (*Med. Centralblatt*, N. 48, 1874).

Secondo l'opinione comunemente accettata, il canal centrale del midollo spinale, all'estremità inferiore del cono midollare, nell'uomo s'apre nella fessura longitudinale posteriore (nei mammiferi nell'anteriore). Quest'opinione secondo Krause è erronea; diffatto, esso dice, il canal centrale, col suo epitelio, continuasi in un *ventricolo terminale* del midollo spinale, il quinto ventricolo degli organi centrali nervosi. Esso, che nelle sezioni trasversali di pezzi induriti può essere riconosciuto anche ad occhio nudo, è della lunghezza di 8-10 millimetri; della larghezza di 0,5-2,0; al più, qualche volta 0,6-1,0; della profondità (dall'avanti all'indietro) di 0,4-1,1. Tale ventricolo esiste in tutti i periodi della vita; nei bambini e nei vecchi pare sia relativamente più largo. Tal fiata esso è così grande da rappresentare una varietà del rigonfiamento a nodo, conosciuto fin da Hubner (1741), la natura del quale finora non potè essere determinata.

La forma del ventricolo terminale nelle segioni è in generale quella di una cavità prismatica a tre faccie, la cui base trovasi all'innanzi. All'estremità superiore la parte mediana della base di esso ventricolo si prolunga all'innanzi di guisa che nella sezione trasversale può acquistare somiglianza con un ombrello aperto o col cappello di un fungo il cui peduncolo sia rivolto verso la fessura longitudinale. La sostanza grigia che circonda il ventricolo è generalmente gelatinosa e contiene solo poche cellule gangliari; i cordoni di sostanza bianca a questa altezza del midollo spinale, non sono ancora distinti. I cordoni posteriori appajono assai sottili e tra questi ultimi trovasi la parete posteriore o la volta del ventricolo terminale ricoperta dalla pia madre ed internamente rivestita dall'epitelio vibratile del canal centrale. — Alla sua estremità inferiore il ventricolo passa nella cavità tondeggiante del *filum terminale*, nel quale la sostanza bianca dei cordoni posteriori cessa per la prima; lo stesso ventricolo trovasi ancora all'estremità inferiore del conus.

Il ventricolo terminale esiste anche nei mammiferi e nei pesci; non è da confondersi, però, col seno romboidale degli uccelli. Quest'ultimo trovasi nella porzione sacrale, proprio ove il canal centrale è chiuso, tra i divaricantisi cordoni posteriori e viene prodotto da uno sviluppo di tessuto connettivo gelatinoso nella fessura longitudinale posteriore. Se il ventricolo debbasi considerare quale un residuo persistente del seno romboidale dell'embrione de' mammiferi, è questione che dev'essere decisa da ulteriori osservazioni. — La sua dilatazione idropica costituisce una forma, praticamente interessante, di spina bifida.

II.

Études sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale. (Studi sulle alterazioni cerebrali nella paralisi generale). Par J. Mierzeiewski. (*Archives de la Physiologie normale et pathologique, Mars-Avril* 1875).

In questo lavoro l'Autore s'è prefisso di dercrivere le lesioni semplici della paralisi generale senza complicazioni concomitanti, lesioni che, con Magnan, Lubimoff ecc., egli qualifica quali risultanze di un'ifiammazione interstiziale diffusa del cervello. Pertanto egli passa successivamente in rassegna: 1° le alterazioni dei vasi; 2° quelle della sostanza interstiziale; 3° quelle degli elementi nervosi. Tale studio è basato sopra 17 casi dall'Autore osservati nella clinica delle malattie mentali di Pietroburgo e nell'asilo di S. Anna a Parigi.

I. Le alterazioni dei vasi son dette da Mierzejewski le più costanti e quelle che presentansi per prime, precedendo costantemente le alterazioni più profonde della sostanza nervosa. Esse non si presentano in modo uniforme in tutta l'estenzione di un vaso, mi a tratti a sogliono essere spiccatissime in qualche punto; mancando quasi completamente in altri; diversificano a seconda del periodo del processo patologico. Il grado più recente della malattia si distingue sopratutto per l'aumento del numero de' nuclei nelle pareti dei capillari e per gli stravasi sottoavventiziali primitivi ed anche per una vera neoformazione di capillari; in un periodo più avanzato troverebbersi e gli aneurismi migliari, e gli spandimenti sanguigni con rottura delle pareti vascolari, e l'ispessimento dei vasi di piccolo e medio calibro, con aspetto omogeneo dalle loro pareti, e infine la degenerazione grassa delle pareti vasali in genere.

Relativamente alla proliferazione dei nuclei delle pareti dei vasi, l'Autore crede utile di far notare come una tal frase, comunemente adoperata, sia troppo vaga e generale non essendosi finora determinato qual sia la sorgente di questa proliferazione, vale a dire se si verifica nei nuclei rotondi dell'avventizia o in quelli oblunghi-longitudinali della tonaca interna o negli oblunghi trasversali della tonaca media; studiando una tal questione egli arrivò a conclusioni che nel seguente modo riassume: l'aumento degli elementi rotondi globosi dell'avventizia è il fatto più frequente, più costante, più caratteristico del cervello dei paralitici (sebbene siasi osservato anche in altre affezioni cerebrali); tal aumento è frequentemente accompagnato da proliferazione dei nuclei oblunghi-longitudinali ed oblunghi-trasversali delle tonache interna e media; ma questa proliferazione degli elementi della tonaca media o interna dei vasi è spesse volte consecutiva al processo aumento degli elementi globulari dell'avventizia.

Quanto agli aneurismi migliari l'Autore si riferisce completamente alla descrizione fattane da Charcot e Bouchard, perocchè ciò che questi autori hanno detto in generale intorno a questa affezione dei vasi, si applica perfettamente ai paralitici; l'Autore vuol far rimarcare di più

come il loro sviluppo debbasi in generale ritenere provocato dagli stravari sottoavventiziali.

I casi ben pronunciati di queste due affezioni vascolari (aneurismi e stravasi sottoavventiziali), secondo Mierzejewski, ponno esser caratterizzati dai seguenti dati:

1° Lo stravaso sottoavventiziale primitivo si compie talvolta nel vaso le cui pareti non presentano alcun sensibile cambiamento; l'emorragia avviene in tal caso per diapedesi.

2° La guaina linfatica contiene principalmente globuli bianchi del sangue, e pochissimi globuli rossi.

3° Dopo la metamorfosi regressiva verificatasi nello spazio dello stravaso, tutte le traccie dello stravaso stesso ponno scomparire.

4° Il sangue stravasato ed il deposito de' prodotti rimasti dopo la metamorfosi regressiva, possono talora occasionare nelle pareti vascolari un lavoro infiammatorio lento e progressivo e provocare in seguito dei veri aneurismi migliari.

5° I veri aneurismi migliari sono sempre preceduti dalla periarterite ed accompagnati da alterazioni della membrana media e interna; i gradi d'alterazione di queste due membrane sono in rapporto diretto collo sviluppo più o meno grande della periarterite.

6° Negli aneurismi migliari le tonache vascolari sono raramente distinte le une dalle altre; la tonaca muscolare manca e le altre tonache si confondono insieme.

7° Il contenuto degli aneurismi consiste in una grande quantità di globuli rossi, in numerosi leucociti, in granulazioni sferiche, ed in piccoli frammenti angolosi, ed in goccioline e granulazioni adipose; quando la metamorfosi è più avanzata, trovansi de' granuli o de' cristalli d'ematoidina.

II. Le alterazioni trovate nel tessuto interstiziale dei paralitici secondo Mierzejewski sono svariatissime, hanno un carattere diffuso ed incominciano per focolai nei quali i vasi mostrano le diverse alterazioni sopradescritte. Egli divide il processo patologico del tessuto interstiziale dei paralitici in tre diversi periodi corrispondenti alle tre fasi di sviluppo successivo del processo medesimo.

Al 1° stadio ascrive soltanto un considerevole aumento della quantità dei nuclei del tessuto interstiziale. (A questo punto importa notare che secondo Mierzejewski gli studi sul tessuto interstiziale normale dimostrano che fisiologicamente non esistono punto le cellule connettive raggiate le quali, secondo le mie ricerche, costituiscono gli elementi caratteristici, costanti, generali dello stroma interstiziale sia della sostanza bianca che della grigia e tanto del cervello e cervelletto, quanto del midollo spinale; l'Autore, come vedremo appresso, riescì a vedere qualcuca di tali cellule soltanto in un periodo alquanto avanzato della paralisi progressiva. Rel).

Nel 2° stadio, colle sezioni della sostanza bianca delle circonvoluzioni,

secondo Mierzejewski vedrebbesi tutto il tessuto cerebrale invaso da isolette di sostanza amorfa, omogenea, opaca, alcune delle quali conterrebbero molti nuclei altre ne sarebbero affatto sprovvedute; nei punti ove questo processo è più avanzato l'Autore sarebbe poi riescito a vedere qualcuna delle controverse cellule ramificate riguardo alle quali l'Autore crede di doversi fermare a discutere quale ne sia la provenienza, essendochè, a suo crdere, *nel tessuto interstiziale normale esse non hanno il loro equivalente morfologico.*

Nel 3° stadio del processo patalogico della paralisi generale l'Autore avrebbe trovato qualche volta delle parti di cervello con avanzata atrofia dei nuclei.

III. Alla descrizione delle alterazioni patologiche da lui osservate nelle cellule gangliari, Mierzejewski fa precedere un cenno delle alterazioni da altri autori descritte ed un riassunto de'caratteri fisiologici più importanti delle cellule medesime, e dal confronto di questi dati gli è portato a concludere che taluni caratteri trovati nelle cellule gangliari e considerati dagli autori come patologici (forma tondeggiante del nucleo, aumento od impicciolimento del volume del corpo cellulare, presenza di due nuclei ecc.), non sono sufficienti per stabilire una linea di demarcazione pronunciata tra lo stato fisiologico delle cellule e le loro alterazioni pel processo morboso.

Le alterazioni riscontrate nella sostanza grigia riguardano tutte le circonvoluzioni, portando ovunque gli stessi caratteri, però Mierzejewski prese come tipo per la descrizione il lobo paracentrale (Betz) essendochè ivi gli elementi nervosi si distinguono per la considerevole grandezza e per conseguenza in essi riesce assai più facile il rilevare le esistenti alterazioni.

Le alterazioni delle cellule gangliari l'Autore le vide sempre prevalenti in vicinanza ai vasi che presentano stravaso sottoavventiziale; i corpi delle cellule ivi vedrebbersi circondati da una quantità di nuclei maggiore del normale, talvolta come imprigionati da sottili filamenti di fibrina e contornati da vacuoli, talora ingrossati, altre volte come raggrinzati, il protoplasma di tali cellule apparirebbe torbido, meno trasparente colorantesi fortemente col carmino. Giammai in esse cellule Mierzejewski potè vedere divisione o moltiplicazione dei nuclei.

In uno stadio più avanzato la cellula perderebbe la sua struttura fibrillare, riempiendosi di molecole bruno-giallognole, il nucleo perderebbe la sua consistenza, e, cominciando dal centro si disaggregherebbe e finalmente tutta la cellula si presenterebbe ripiena di pigmento giallobruno.

Perdendo la struttura fibrillare, riempiendosi di pigmento ed avvenendo il disaggregamento del nucleo, la cellula perde sempre più la facoltà di tingersi col carmino. In altri casi le cellule gangliari si presentano aumentate di volume e ripiene di una sostanza granulosa pallida che sciogliesi coll'etere ed anche a questo caso tutto il protoplasma cel-

lulare finisce per trasformarsi in una sostanza granulosa, conservando però sempre i contorni del corpo delle cellule senza il nucleo. Anche i prolungamenti durante questo processo subiscono la distruzione granulosa, ma il prolungamento cilinder axis si mostra più resistente degli altri non distrungendosi che più tardi.

Nella sostanza bianca de' lobi frontali ed occipitali, finalmente, Mierzejewski trovò de' corpi di forma ovale, non aventi alcuna struttura cellulare, composti di una sostanza molle omogenea, leggermente ondulata, che si tingono fortemente col carmino, talvolta prolungantisi in modo da prender forma di larghi nastri varicosi, i quali corpi secondo Mierzejewski avrebbero origine da un enorme ingrossamento de' cilinder axis.

Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. (*Sull' anatomia patologica della demenza paralitica*); von prof. Uguenin. (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, N. 21, 22, 24, 1873. — *Jahresb. über die Leistungen, etc.*)

Premessa una esposizione sommaria delle manifestazioni cliniche della paralisi, l'Autore dà uno sguardo critico all' anatomia patologica della demenza paralitica, facendo conoscere nell'istesso tempo i risultati delle sue osservazioni. Noi ci limiteremo ad accennare brevemente queste ultime:

Parlando degli ematomi della dura madre, affezione così frequente nei paralitici, l'Autore nota come nei casi recenti giammai egli vide segni di infiammazione della dura e nemmeno traccie di iperemia; il rivestimento epiteliare della stessa membrana egli lo trovò sempre conservato (col distacco dell'ematoma esso rimane ordinariamente aderente alla neoformazione); a suo credere pertanto la teoria di Virchow sulla formazione degli ematomi sarebbe da considerarsi come assai dubbiosa. Al contrario in alcuni casi il più abbondante stravaso lo riscontrò ad una vicinanza immediata delle granulazioni di Pacchioni, i vasi delle quali apparivano trombizzati. — Non a torto, contrariamente alle osservazioni di alcuni autori, Huguenin fa notare come estremamente difficile sia lo studio delle alterazioni anatomo-patologiche della corteccia; egli ritiene che tutti i dati sulle alterazioni di struttura nell'incominciamento della malattia siano illusorii. — Egli non riescì a scorgere la vegetazione del tessuto connettivo descritta da Rokitansky nel 1.° stadio (A). In uno stadio più avanzato, a suo dire, essa appartiene ai reperti più rari, la vide in località nelle quali le cellule gangliari erano quasi completamente scomparse e che già macroscopicamente erano caratterizzate da una straordinaria durezza della corteccia. Simili punti trovavansi ai margini e sul fondo di quelle depressioni che, nei paralitici, così frequentemente si riscontrano sui lobi frontali. Nel connettivo egli non osservò la ricchezza di nuclei, da molti notata, questi al contrario a lui parvero assai scarsi; per altro l'Autore non riguarda questo reperto quale parte essenziale del processo, ma bensì qual fatto accessorio. Riguardo agli ordinari nuclei della *nevroglia*, nello stadio A egli avrebbe osservato uno

straordinario aumento numerico; non riusciva però di dimostrare, come nei dintorni de' focolai encefalitici, che in essi si verificasse una segmentazione, così, secondo l'Autore, non era possibile si potessero distinguere i nuclei neoformati dai corpuscoli bianchi del sangue, perciò egli crede che primi non fossero che gli stessi globuli bianchi fuorusciti dai vasi. — Di cellule raggiate od a forma di ragno non riescì a vederne che uno scarsissimo numero. — Le alterazioni dei vasi, secondo Huguenin, si presentano soltanto là ove trovasi la proliferazione del connettivo (generalmente nei punti assottigliati dell' atrofica sostanza corticale dei lobi frontali) che, del resto, non sono minimamente da riguardarsi come specifiche per la demenza paralitica. — Negli stadii iniziali Huguenin osservò spesso abnorme turgore dei vasi in guisa che gli spazii linfatici venivano ristretti e meccanicamente impedito il deflusso del liquido plasmatico. Del resto nello stadio B i vasi, sarebbero perfettamente normali. — Anche delle alterazioni delle cellule gangliari della corteccia nello stadio A egli non potè minimamente convincersi.

Nello stadio B però esse presenterebbersi ingrossate, rigonfiate e avrebbero perduta la loro forma di piramide assumendo invece forma di pero; i prolungamenti apparirebbero 3-4 volte più grossi del normale, e avrebbero perduta la struttura fibrillare; le granulazioni del protoplasma si alterano, i granuli riunisconsi in gruppi, mentre il nucleo mantiene la sua forma. Appresso accadrebbe una distruzione del protoplasma od una trasformazione del medesimo, mediante uno sconosciuto processo, in una massa emulsiva che defluisce tosto che il vano del tessuto nel quale la cellula si trova viene aperto col taglio. — Un tale processo l'Autore lo vide con grande regolarità ripetersi in tutte le corteccie dei dementi paralitici; giammai egli osservò aumento dei nuclei nelle cellule gangliari. — Allorchè esistevano tali alterazioni nella corteccia, il numero dei nuclei della sostanza bianca appariva aumentato, le fibre nervose, massime nei fasci della corona radiata dei lobi frontali, erano per lunghi tratti distrutte ed al loro posto esistevano de'nuclei e delle masse polverulenti, le quali dovevano in buona parte constare di grasso; in alcuni casi, già macroscopicamente, alcuni tratti della sostanza bianca spiccavano per ciò che trovavansi al di sotto del livello del resto, erano di color grigiastro e presentavano una minor succolenza; l'Autore avvisa che simili alterazioni siano da collocarsi a lato della degenerazione grigia. — I grossi gangli cervicali Huguenin li vide non di rado atrofici, ridotti di volume, con superficie sparsa di piccole depressioni; i peduncoli e le piramidi offersero soltanto in tre casi un reperto macroscopico. Nel 1.° caso la degenerazione interessava il centro del peduncolo sinistro e di lì discendeva, passando l'incrociamento delle piramidi, per circa un dito nel cordone laterale destro; nel 2.° caso si trovò un focolajo grigio largo 1[2 centim., lungo 1, limitato al peduncolo sinistro. In ambedue i casi l'ammalato aveva avuto quasi completa pa-

ralisi del lato destro, e nel 1.° caso clinicamente la malattia s'era presentata colla forma della sclerosi cerebrale con atrofia cerebrale consecutiva e non coi veri sintomi della demenza paralitica. — Nel 3.° caso la malattia aveva incominciato con sintomi atassici, e più tardi si erano associati sintomi psichici; si riscontrò degenerazione grigia de' cordoni posteriori estesa dal calamus scriptorius alla coda equina, la stessa degenerazione continuavasi nei peduncoli e nelle piramidi (lati sensibili, esterni di queste) e potevasi seguire fino in corrispondenza del punto d'entrata dull'oculo-motore.

Ueber die cystoide Degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken. (Sulla degenerazione cistica della corteccia cerebrale negli alienati paralitici); v. doct. L. H. Ripping. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, vol. 30 pag. 309 1873).

Nella corteccia cerebrale di una serie di individui affetti da paralisi generale, con prevalenza della forma melanconica, Ripping incontrò frequentemente, massime nelle circonvoluzioni frontali e parietali, delle piccole cisti, della grossezza di una capocchia di spillo, le quali presentavansi sotto forma di piccole cavità spesso divise mediante sepimenti in più concamerazioni. Il contenuto di queste cisti, constante di una piccole goccia di liquido trasparente, all'esame microscopico presentava numerosi pallidi, tondeggianti nucleati corpuscoli simili ai globuli linfatici, globi di mielina e tavole di colesterina. Le cellule gangliari esistenti appena a qualche distanza delle cisti, erano cariche di granuli oscuri, i vicini vasi ispessiti ed accompagnati da fitto tessuto connettivo.

La parete cistica era rappresentata da una membrana esile leggiermente striata, frammenti della medesima spesso sporgevano libere entro il lume; qua e là vedevasi eziandio che de'vasi obliterati attraversavano lo spazio cavo. L'Autore crede che tali cisti spettino alle forme da ritenzione e precisamente che debbansi considerare come dipendenti da una dilatazione degli spazi perivascolari, in seguito a strozzamento di questi avvenuto per proliferazione di tessuto connettivo, ch'ebbe per punto di partenza le pareti vasali.

Ueber Cystenbildung in der Grosshirnrinde; (*Sulla formazione delle cisti nella corteccia del cervello*) von doct. Wiesinger in Göttingen. (*Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiken*, pag. 379, vol. V, fascicolo 2.° 1875).

Queste osservazioni, dal punto di vista clinico valgono a dimostrare non essere punto sostenibile l'opinione di Ripping (Ueber die cystoide Degeneration, etc.) che anche la degenerazione cistica della corteccia cerebrale possa essere un reperto caratteristico, specifico della paralisi progressiva; — dal punto di vista anatomico, secondo l'autore, varrebbero a dimostrare che la nominata alterazione possa aver origine dai così detti *spazi peri-cellulari della nevroglia* (? — Rel.).

Nei tre casi che l'autore descrive, le cisti erano per la massima parte della grandezza di una capocchia di spillo e situate nella sostanza cor-

ticale e talora così superficiali che poteansi scorgere con una semplice ispezione dall'esterno. In parte esse erano disseminate, in parte riunite in gruppi di 2 a 5 e separate da sottili trasparenti setti od anche fra loro comunicanti mediante fori; non esisteva un marcato confine tra la parete cistica ed il circostante tessuto, notavasi invece un graduale passaggio tra quelle e la sostanza finamente granulare della nevroglia; pertanto le pareti non erano costituite da una membrana propria, essa era semplicemente formata dal tessuto circostante, reso stipato per la compressione esercitata dal contenuto cistico.

Per ciò che riguarda la genesi di queste cisti, l'autore esclude innanzi tutto ch' esse fossero da riguardarsi quali produzioni artificiali dovute al metodo di indurimento oppure de'vasi trasversalmente tagliati e altresì esclude che si trattasse di cisti da ritenzione dei canali linfatici peri-vascolari e finalmente si ferma anche a combattere l'ipotesi che le stesse cellule gangliari fossero sede di una degenerazione cistoide e arriva quindi alla accennata conclusione che i punti di partenza della degenerazione cistica fossero i così detti spazi peri-cellulari della nevroglia. In seguito ad infiltrazioni sierose di lunga durata, nuclei e cellule della nevroglia sarebbero stati a poco a poco staccati dal tessuto circostante e così sarebbersi formate le primitive cavità le quali poi si sarebbero dilatate per la compressione e l'atrofia dello medesimo tessuto cerebrale.

Ueber das örtliche Vorkommen der Körnchenzellen im Ruckenmarke Geisteskraner. (Sulla presenza delle cellule granulari nel midollo spinale degli alienati), v. doct. Adler. (*Archiv. f. Psychiatrie und Nerveukrankheiten*, pag. 60 vol. V. fasc. 1° 1874).

Con una serie di ricerche intorno alla genesi ed al modo di distribuzione delle cellule adipose granulari del midollo spinale degli alienati, Adler pervennne ai seguenti non nuovi risultati:

1° Le cellule granulari nel midollo spinale degli alienati si sviluppano prevalentemente nella sostanza connettiva dei setti, e seguono le irradiazioni di questi entro il tessuto nervoso. Perciò di regola esse trovansi nel massimo numero entro i setti medesimi.

2° La diffusione delle cellule granulari del midollo spinale, comechè legata ai setti vascolari, avviene, in relazione alla distruibuzione dei vasi, tanto in direzione orizzontale quanto in direzione verticale.

(Che le cellule adipose granulari del cervello e midollo spinale derivino dalle cellule connettive della sostanza bianca e grigia venne già da me dimostrato e risolutamente asserito; come anche venne da mè già più volte combattuta l'opinione di Meyer, secondo la quale le stesse cellule granulari si svilupperebbero dalle pareti dei vasi. Rel).

Ueber einige pathologische Veränderungen im Gehirne Geisteskranker. (*Sopra alcune alterazioni patologiche nel cervello degli alienati*); von doct. Adler. (*Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. V, fasc. 2.°, pag. 346, 1875).

Dacchè, scrive l'Autore, venne dimostrato, che il gruppo delle ma-

lattie nervose che soglionsi designare quali malattie mentali, non dipende direttamente da anomalie degli elementi essenzialmente nervosi, cellule e fibre, ma piuttosto da alterazioni delle parti non nervose degli organi centrali, l'attenzione degli osservatori venne specialmente diretta allo studio di queste ultime parti; per ciò Adler s'è proposto di portare, con questa Memoria, innanzi tutto un contributo di osservazioni intorno al modo di comportarsi dei vasi cerebrali negli alienati; e in secondo luogo di fare un cenno di alcune alterazioni delle cellule gangliari. Nel trattare dei vasi descrive diffusamente il loro modo di comportarsi nelle più importanti alterazioni sinora descritte, come nella sclerosi, nella degenerazione colloide, nella pigmentazione, negli aneurismi, nelle cisti, ecc., facendo su ciascun argomento interessanti considerazioni appoggiate ad esatte cognizioni di patologia generale, e conclude esponendo l'opinione che l'inizio delle alterazioni nutritizie del cervello devesi sempre ricercare nei canali linfatici perivascolari. — Venendo poi alle alterazioni da cui, nel corso delle psicosi, vengono colpite le cellule gangliari, l'Autore insiste nel classificarle come secondarie, dipendenti cioè dalle alterazioni delle vie linfatiche e in proposito nota come i dati sulle alterazioni primitive delle cellule gangliari nelle psicosi sviluppatesi acutamente e terminate colla morte, non siano stati confermati dalle ulteriori osservazioni; le anomalie de' corpi gangliari che pure frequentemente vengono osservate, a suo credere riferisconsi tutte esclusivamente alle psicosi croniche, con sintomi più o meno pronunciati di depressione dell'attività cerebrale.

Quale più comune alterazione dei corpi gangliari, Adler menziona la degenerazione *granulo-molecolare* da Mechede chiamata degenerazione adiposo-pigmentaria. Nelle cellule in preda a tal degenerazione, innanzi tutto si manifesta un intorbidamento del protoplasma, nel quale presentansi granuli, in parte oscuri, in parte splendenti e molto rifrangenti la luce, la loro superficie sembra non di rado cosparsa di un polviscolo; in pari tempo i contorni del corpo cellulare si fanno indeterminati corrosi, mancanti, soltanto il nucleo spicca con chiarezza; i prolungamenti appajono assottigliati, atrofici e si ponno seguire soltanto per breve tratto. L'Autore dichiara assai dubbioso se nella degenerazione granulo-molecolare del protoplasma da ultimo possa accadere una totale decomposizione della cellula. Un'alterazione che l'Adler dichiara piuttosto frequente, nelle cellule prese dell'alterazione in discorso, è la formazione di vacuoli i quali ponno prendere un'estensione così considerevole da dare alle cellule quasi un aspetto vescicolare. In un caso che Adler dettagliatamente descrive, la massima parte delle cellule gangliari della corteccia presentavano 1, 2 e persino 3 vacuoli, situati in generale verso la base delle cellule medesime, i quali per la considerevole estensione venivano limitati soltanto da un sottile anello di sostanza cellulare. — L'Adler inclina ad ammettere che quest'alterazione possa dipendere da una deficente nutrizione, ed in appoggio di quest'opinione nota come

nel caso da lui descritto esistesse una straordinaria ristrettezza dell'aorta. La formazione di vacuoli venne del resto recentemente descritta anche da Leyden per le cellule gangliari del midollo spinale.

In fine della memoria lo stesso Autore riassume brevemente come segue i risultati de' suoi studj:

1.° Nelle psicosi le alterazioni patologiche colpiscono in prima linea soltanto l'apparato vascolare.

2.° Le diverse alterazioni che si ponno riscontrare lungo il decorso dei vasi, appartengono soltanto alla guaina connettiva che, partendo dalla pia, accompagna i vasi in tutto il loro decorso; il vero canale vascolare può frattanto rimanere completamente intatto.

3.° Coi diversi processi iperplastici che hanno luogo nelle guaine vascolari può contemporaneamente presentarsi una ipertrofia del connettivo fibrillare che dalle stesse guaine emana.

4.° Le anomalie delle cellule gangliari devonsi riguardare soltanto come secondarie; esse in alcuni casi si presentano, in altri mancano, senza che si possano determinare le precise cause di tale differenza.

Ueber einige pathologische Veränderungen an den Hirngefässen Gaisteskranker. (*Su alcune alterazioni patologiche dei vasi cerebrali degli alienati*) v. doct. ADLER. (*Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankeiten*, pag. 77, vol. V, fasc. 1.°, 1874).

Di due stati patologici Adler particolarmente si occupa in questa nota, cioè; delle ectasie degli spazi linfatici peri-vascolari, e di una forma di sclerosi a piccole isole disseminate, punto di partenza della quale sarebbe la membrana avventizia de' vasi della sostanza bianca e grigia.

Riguardo al primo argomento, non si tratta che di una riconferma delle osservazioni di Bizzozero e mie intorno alla porosi cerebrale. È noto come quest'alterazione, che Durand-Fardel descrisse sotto il nome di *état criblée*, sia stata primitivamente da Bizzozero e poi da me, coll'appoggio da adatte osservazioni, attribuita ad una dilatazione dei canali linfatici peri-vascolari; Adler, non conoscendo o conoscendo imperfettamente quelle osservazioni, ritorna ora sull'argomento dando conto delle proprie indagini in proposito. — Nel caso ch'egli riferisce, entro il tessuto nervoso de' corpi striati e del nucleo lenticolare esistevano numerose cisti, della grandezza di un grano di papavero a quella di un pisello, nel centro delle quali trovavasi costantemente un vaso avvolto da un sacco costituito dall'avventizia, il qual sacco, rappresentante la parete della cisti, mediante fili connettivi aderiva, ove più ove meno tenacemente, al circostante tessuto nervoso — Il contenuto di queste dilatazioni cistiche degli spazii linfatici era costituito da un liquido sieroso con buon numero di granuli d'ematina e di piccole cellule tondeggianti.

L'autore fa poi giustamente notare come le dilatazioni cistiche degli spazi linfatici perivascolari del cervello sia alterazione frequentissima nei vecchi da lungo tempo affetti da demenza, ma che però essa trovasi anche in soggetti giovani, senza rapporto di sorta colle diverse forme di

affezioni psichiche. — Pertanto non si può assolutamente ammettere, come pretende Ripping, che la degenerazione cistoide della corteccia sia alcun che di speciale della paralisi generale. Nei casi descritti da Ripping è per altro notevole che le considerevoli dilatazioni degli spazii linfatici si riscontrassero anche nella corteccia.

Oltre le osservazioni di dilatazione semplice di canali linfatici, Adler ne accenna altre per dimostrare come insieme alle ectasie possano esistere anche alterazioni dell'interno canale sanguigno e fa particolare menzione di un caso nel quale, oltre la dilatazione del canale linfatico, altresì esistevano dilatazioni aneurismatiche della media e dell'intima. In questo caso, mentre nelle regioni affette notavasi una generale abbastanza notevole dilatazione degli spazi linfatici, in corrisponza ai piccoli aneurismi tali spazi erano completamente obliterati, essendochè ivi l'avventizia era solidamente saldata colla media; non trattavasi quindi di aneurismi disseccanti, ma di aneurismi veri; all'esterno poi l'avventizia era solidamente connessa col circostante tessuto, mediante tenuissime fibrille di tessuto connettivo.

Ad illustrazione del secondo argomento vengono da Adler riferite due osservazioni. In amendue i casi che furono oggetto di questo studio, tagliando verticalmente le circonvoluzioni, sulla superficie di sezione di varie di esse notavansi quà e là dei punti della grandezza di un grano di miglio o strisce larghe 1 mill., larghe 3-4, di color grigio situate per lo più nella sostanza bianca, spesso insinuantesi anche nella corteccia, le quali in alcuni punti erano così numerose che toccavansi l'una l'altra, racchiudendo fra esse delle isole di tessuto normale.

Dall'esame microscopico risultò in ambedue i casi quanto segue:

Le piccole placche grigie erano immediatamente addossate ai vasi ed anzi spesso riesciva di poter dimostrare l'esistenza di un vaso immediatamente nel centro di esse; nelle fine sezioni i punti alterati apparvero costituiti da un ammasso stipato di nuclei e di cellule con poche fibrille decorrenti fra mezzo. Le fibre nervose erano del tutto scomparse. Nell'interno dell'ammasso decorreva un vaso il cui esterno contorno non poteasi con sicurezza determinare; se, usando le maggiori cure, riescivasi ad isolare un ramo vascolare, rilevavasi ch'esso era rivestitito da una stipata guaina linfatica il cui contorno confondevasi col tessuto circostante. Dal contorno della guaina poi partivano numerosi, fini e robusti prolungamenti i quali saldavano così tenacemente le guaine stesse col tessuto circostante da non esser più possibile senza produrre lacerazioni ottenerne la separazione; l'avventizia stessa poi appariva ispessita sia per intromissione di cellule, sia per proliferazione de' suoi originari elementi costitutivi. Da questi reperti secondo Adler viene ad evidenza dimostrato che il processo di formazione delle placche sclerotiche aveva avuto per punto di partenza l'avventizia.

L'istessa genesi l'autore crede possa valere anche pei casi di degenerazione grigia disseminata delle zone di confine tra la sostanza bianca

e grigia descritti da Meschede (Ueber graue Degeneration der subcorticalen Medullarsubstanz des grossen Gehirns. — Virch. Arch. vol. 56, pagina 119), pel caso descritto da Schule di placche sclerotiche di una circonvoluzione esistenti in vicinanza immediata de' vasi (Zeitschrift f. Psychiatrie, vol. 25, pag. 449) e finalmente anche pei casi di degenerazione vitrea a chiazze della corteccia cerebrale descritti da Simon (Archiv. f. Psychiatrie, vol. II, pag. 64). — Da tutto questo poi Adler trae la legge generale che certi reperti patologici, come i sopra descritti, stanno in stretti rapporti coi vasi. Le alterazioni dei vasi, per altro, sempre colpirebbero in prima linea i circostanti spazi linfatici.

Aphorismen zur pathologischen Anatomie der Centralorgane des Nervensystems; (*Aforismi sull'Anatomia patologica degli organi centrali del sistema nervoso*) von R. Arndt. (*Virchow's Archiv.* 1874 LXI. *Med. Centralblatt*, pag. 62, 1875).

L'Autore fà una particolareggiata esposizione delle seguenti osservazioni: 1) Di degenerazione pigmentaria della guaina midollare delle fibre nervose de' gangli intervertebrali di un tabico. 2) Di degenerazione tubulosa della guaina midollare (decomposizione in varii distinti canali). 3) Di segmentazione del cilinder axis. 4) Di fibre nervose nucleate. Queste ultime soltanto, comechè di una più generale significazione, noi faremo qui argomento di speciale nota. L'Autore avrebbe trovato, tanto nel cervello e midollo spinale quanto nei gangli spinali, delle fibre nervose al cui cilinder axis aderivano delle formazioni ovali nucleate e fornite di nucleolo. Mediante ricerche embriologiche egli poteva convincersi che tali forme in un certo periodo dello sviluppo embriologico esistono normalmente tanto sulle fibre nervose quanto sui prolungamenti delle cellule gangliari; più tardi esse scomparirebbero completamente; pertanto egli propende a considerarle quali fibre non completamente sviluppate e rimaste da un periodo di sviluppo anteriore; e poichè trovò simili fibre nucleate soltanto negli alienati e nei paralitici, così egli inclina a trovare in questo arresto di sviluppo l'essenza delle diatesi neuro- e psicopatiche.

Sulla corea elettrica; del dott. Stefanini in Pavia. (*Annali universali di medicina*, vol. 231, 1875).

Il dott. Stefanini, studiando due casi di corea elettrica, è venuto a dar appoggio all'idea, già espressa da Pignacca, da Hoertel e da Tommasi, che tal forma origini da lesione del midollo spinale e consista propriamente in un processo infiammatorio, che ha per ultimo periodo il rammollimento; avere, insomma, la corea elettrica per causa anatomica una forma di mielite.

Nel 1.° caso, raccolto dal dott. Stefanini, trattasi di un giovane robusto, che improvvisamente venne colto da movimenti convulsivi ritmici alla spalla sinistra, i quali movimenti, più tardi, si propagavano man mano a tutto il lato corrispondente del corpo, poi alla lingua, al diaframma, all'arto inferiore destro e venivano da ultimo susseguiti da pa-

ralisi ed atrofia dei muscoli colpiti. — La temperatura dell'ammalato salì negli ultimi giorni fino a 41-44 centigr.; l'orina, da acida che era sul principio, si fece alcalina. Il dott. Stefanini richiama l'attenzione su questi due ultimi fenomeni quali criterii di grande importanza pel diagnostico delle lesioni del midollo. — L'infermo moriva dopo 3 mesi di degenza nell'ospedale. — Qual reperto anatomico riscontrossi: injezione della pia madre spinale e rammollimento della sostanza midollare, in vicinanza del rigonfiamento cervicale, pel tratto di 2 *centim.* L'esame microscopico della parte rammollita fece vedere granuli e globuli di grasso, tubuli nervosi granulosi, cellule gangliari a protoplasma piuttosto oscuro; vasi capillari turgidi.

L'altro caso differisce dal precedente, clinicamente per la minor durata del male, tre giorni, per l'insorgenza di accessi convulsivi generali con perdita di coscienza, e per essere fin da principio le contrazioni muscolari estese a tutto il lato sinistro del corpo; — la temperatura salì anche in questo caso a 41. 2|5; — anatomicamente per trovarsi il processo infiammatorio, secondo l'Autore, nel 1.° periodo, essendosi trovato iperemizzati gli inviluppi cerebrali e la sostanza bianca del cervello ed il midollo, il qual ultimo era anche di consistenza aumentata.

Dott. C. Bossi.

Sui gliomi del cervello; Nota del dott. C. Golgi (*Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale*, N. 1 1875. — Memoria corredata di una tavola litogr.).

Das Spinnenzellen-und Pinselzellen-Gliom. (*Il glioma a cellule aracnie pennelliformi*) von Th. Simon. (*Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.* Luglio 1874).

Dalle concordi risultanze delle ultime ricerche isiologiche intorno agli organi centrali del sistema nervoso (Deiters, Golgi, Jastrowitz, Butzke, Boll), venne ormai posto fuori di dubbio che lo stroma interstiziale degli organi medesimi, non è punto, quale lo descrisse Virchow, una sostanza molle, amorfa o finamente granulosa in cui stanno disseminati piccoli e tondeggianti elementi cellulari ecc., ma bensì consta: nella sostanza bianca, di cellule a corpo appiattito e largo il quale continuasi in un grandissimo numero di fini, lunghi e raramente ramificati prolungamenti; nella sostanza grigia, di cellule a corpo irregolare contornato da una fitta siepe di finissimi prolungamenti, non tanto raramente ramificati, in parte d'aspetto granuloso, in parte omogenei splendenti, ai quali nella costituzione dello stroma interstiziale spetta la più considerevole parte, se non esclusiva. Ora, siccome è ormai indiscutibile assioma di patologia generale che la struttura delle neoformazioni viene sempre improntata dalla struttura delle parti da cui le neoformazioni medesime hanno origine; così è ovvio il supporre che le neoformazioni, quali sono appunto i gliomi, il cui punto di partenza è il connettivo interstiziale del cervello e delle altre parti del sistema nervoso centrale, non siano già essenzialmente costituite da elementi tondeggianti, o lenticolari, o fusiformi,

o stellati situati in una sostanza granulare, o omorfa, o fibrillare come dallo stesso Virchow vennero descritti, ma sibbene offrano una struttura analòga a quelle che per le recenti ricerche venne riconosciuta come normale per lo stesso stroma connettivo interstiziale, vale a dire siano essenzialmente costituiti da cellule connettive aracniformi o raggiate. Una così ovvia ipotesi da me fatta sin da quando nel laboratorio di patologia sperimentale di Pavia, diretto dal prof. Bizzozero, otteneva i primi risultati intorno alla normale costituzione del connettivo cerebrale, io poteva ben presto confermarla collo studio di 2 casi di glioma, l'uno della corteccia (gennajo 1871), l'altro della sostanza bianca (luglio 1871), i quali, con adatto metodo da me studiati, risultarono quasi esclusivamente formati da elementi, che per forma ed aspetto avevano un esatto riscontro nelle cellule connettive normali, rispettivamente della corteccia e della sostanza bianca. Sebbene queste osservazioni siano già state dal prof. Bizzozero menzionate tanto nella memoria. « *Del rapporto che stà fra la struttura dei tumori, e la natura del tessuto da cui precedono origine* » (Rendiconti dell'Accademia di medicina di Torino, 1872), quanto nelle sue *Lezioni di Patologia generale.* (Lezioni di Patologia generale date nella R. Università di Torino l'anno 1872-73, riassunte da S. Losio ed E. Morra) e perciò la conoscenza del fatto che esistano gliomi i quali riproducono, in modo più o meno esatto, la struttura, recentemente conosciuta, dello stroma interstiziale dei centri nervosi, si possa ormai dire un fatto entrato nel patrimonio della patologia generale, tuttavia, nella nota testè pubblicata, io volli ritornare sull'argomento, dando una particolareggiata descrizione dei casi sopracitati, essendochè il fatto medesimo parvemi non ancora abbastanza diffusamente conosciuto.

D'altronde il richiamare in modo speciale l'attenzione de' patologi sull'argomento della costituzione de' gliomi, parvemi potesse essere ancora di qualche interesse tanto dal punto di vista puramente isto-patologico, specialmente per un più esatto differenziamento fra il glioma ed il sarcoma, quanto anche da un punto di vista pratico.

Riguardo al primo punto, importa ricordare come Virchow dichiari « che la distinzione dei gliomi dai sarcomi offre grandissima difficoltà, tanto che in molti casi è affatto arbitrario lo sciegliere il gruppo ove collocare la neoformazione cerebrale ». E invero di fronte alla descrezione della nevroglia e dei gliomi fatta da Virchow non saprebbesi ove trovare un criterio differenziale di qualche sicurezza tra questi ed i sarcomi. Ora invece, restando fedeli al concetto fondamentale, che i gliomi sono tumori da tessuto connettivo che riproducono nella loro propria struttura, la struttura del connettivo dei centri nervosi, saremo autorizzati a reserbare quel nome ai tumori che in totalità od in prevalenza sono formati dalle cellule connettive raggiate, caratteristiche degli organi centrali nervosi; dovremo invece qualificar per sarcomi le neoformazioni costituite da elementi arrotondati o fusiformi, cioè da elementi che hanno il loro tipo nel connettivo embrionale.

Questa più precisa demarcazione tra il glioma ed il sarcoma, poi, parmi non priva di un certo interesse anche sotto l'aspetto pratico, perchè sarebbe in esatto rapporto colla differenza, che le stesse due sorta di neoformazioni connettive presentano rispetto al decorso e rispetto all'influenza sull'organismo.

Le neoformazioni costituite da elementi analoghi a quelli del normale stroma interstiziale dei centri nervosi, i veri gliomi, agiscono come una morbosità puramente locale, non sono punto di natura maligna, per quanto gravi possano altrimenti essere gli accidenti che producono; le neoformazioni invece costituite da elementi arrotondati, che ricordano gli elementi de' sarcomi, sono pericolosi, non solo perchè recano danno all'individuo comprimendo il cervello, od altrimenti, ma ancora perchè possono dare origine a metastasi, vale a dire hanno gli attributi delle così dette neoformazioni maligne. I pochissimi casi descritti di gliomi con metastasi appartenero sicuramente ai sarcomi.

Dai miei due casi di glioma la nota legge, che fra la struttura dei tumori e la natura del tessuto da cui questi prendono origine sempre esiste un intimo legame, riceve una nuova conferma anche dalla differenza negli stessi due casi da me notati. Infatti in essi la struttura era essenzialmente la stessa, cioè ambedue prevalentemente constavano di cellule connettive raggiate (*aracniformi*, Jastrowitz). Per altro nel primo vedevasi più esattamente riprodotta la struttura dello stroma connettivo della corteccia, dalla quale il glioma era sorto; nel secondo vedevansi invece prevalere gli elementi connettivi, che, per forma e delicatezza avevano più precisamente il loro riscontro negli elementi che formano lo stroma interstiziale della sostanza cerebrale bianca, dalla quale infatti aveva avuto origine la neoformazione.

Una nuova illustrazione dell'argomento venne fornito da Simon coi due casi descritti nella memoria il cui titolo trovasi a capo della presente relazione.

L'uno di questi tumori, della grossezza di un pugno, risiedente nello spessore dell'emisfero cerebrale destro, constava completamente di cellule connettive a molteplici prolungamenti (*aracniformi* secondo Jastrowitz, cellule di Deiters secondo Boll). L'altro, lungo 19 centim. largo 11, sviluppatosi dall'ependima del ventricolo laterale sinistro, all'ingresso del corno posteriore, conteneva grande numero, un terzo circa della totale quantità dai elementi costitutivi, di cellule a forma di pennello analoghe a quelle che Boll avrebbe veduto nella sostanza bianca del midollo spinale, nei talami ottici ecc.; cellule cioè, a corpo di forma triangolare, dal cui lato basale soltanto partivano innumerevoli fibrille, mentre l'apice prolungavasi in un largo e lunghissimo peduncolo non ramificato e d'aspetto omogeneo.

Dopo i fatti qui accennati io non ho più alcuna esitazione ad ammettere qual legge generale: doversi in avvenire decisamente designare

col nome di gliomi soltanto le neoformazioni in prevalenza costituite da elementi connettivi analoghi a quelli che, giusta i risultati delle ultime ricerche, costituiscono lo stroma interposto alle cellule gangliari ed alle fibre nervose; doversi invece classare fra i sarcomi quelle altre neoformazioni, sin qui in gran parte ascritte ai gliomi, che constano di elementi tondeggianti, e di una più o meno abbondante sostanza intercellulare granulosa o fibrillare.

Klinische Beiträge zur Lehre von den Oberflächen Affectionen des Hirns beim Menschen; (*Contribuzioni cliniche allo studio delle affezioni superficiali del cervello nell'uomo*), von M. Bernhardt. (*Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten* IV. 1874).

Colla fedele narrazione di casi morbosi clinicamente con tutta esattezza studiati, e coll'esatta esposizione de' relativi reperti cadaverici, e mediante accurati e critici raffronti tra questi ed i sintomi osservati, l'Autore crede di poter fornire un non insignificante tributo per lo studio della questione: se e quanto si possono usufruire per la diagnosi, e fors'anche per la cura, le risultanze delle recenti esperienze intorno alle funzioni della corteccia cerebrale. Quattro casi di alterazione della corteccia cerebrale vengono a tale scopo dall'Autore minutamente descritti. Nel primo caso, insieme a paralisi delle estremità del lato sinistro, e massime della superiore, esistevano crampi in varii gruppi muscolari del lato destro; più tardi s'aggiunse incapacità di favellare ed alterazione psichica. All'autopsia si rinvennero neoformazioni tubercolari nel lobo parietale, e specialmente nella porzione superiore laterale e media della circonvolazione centrale posteriore, nella cui porzione mediana e nel Præcuneus; da quest'alterazione l'Autore deriva le manifestazioni osservate in vita, mentre un'identica formazione nel corpo striato destro egli ritiene non fosse accompagnata da sintomi.

Nel secondo caso la malattia incominciò con improvvisa e progressiva debolezza del braccio sinistro, cui, dopo varie settimane, s'aggiunsero de' sussulti nello stesso braccio e più tardi altresì nella gamba sinistra e nella metà del viso dello stesso lato. Qual causa si rinvenne un tumore il quale interessava la porzione laterale del lobo parietale destro, d'onde esso tumore sembrava avesse avuto origine. — Il terzo caso era caratterizzato da paralisi della mano sinistra, la quale trovavasi in via di miglioramento, quando all' improvviso avvenne la morte; causa di questa era la crepatura di un' aneurisma che esisteva nel punto di congiunzione della circonvoluzione parietale inferiore col *lobulus fusiformis* del lato destro, dal quale l' Autore derivò le manifestazioni osservate in vita, nel mentre esclude che le manifestazioni stesse fossero in rapporto coi numerosi rammollimenti che esistevano nel centro di Vieussens del lato destro. — Nel quarto, in un' individuo affetto da paresi del lato destro, all'autopsia si rinvenne iperemia del lobo frontale e parietale destro, probabilmente derivante da numerosi embolismi prodotti da endocardite, ed oltre a ciò esisteva completa disorganizzazione circoscritta

in un punto del *lobulus supra-marginalis*. In relazione a questi casi, nei quali era esclusivamente interessata la regione parietale del cervello, ed in considerazione di casi analoghi descritti da altri autori, Bernhardt si ferma a discutere sulla possibilità di poter riescire, coll'appoggio dei sintomi, a diagnosticare la sede delle lesioni della superficie del cervello. Egli conclude col dire che attualmente nell'uomo non è possibile mettere esattamente in relazione certe circoscritte provincie della corteccia colla innervazione di circoscritti e determinati gruppi muscolari. Come negli esperimenti sugli animali s' osserva che la reazione corrispondente a ciascun punto cerebrale si verifica soltanto dietro moderate irritazioni, mentre nelle irritazioni più forti accade una diffusione ad altre provincie non direttamente interessate, avvenendone delle forme convulsione generali, così accade per le irritazioni patologiche che si verificano nel cervello dell'uomo; poichè queste in generale agiscono come forti irritazioni, così si spiega il perchè ben di rado lo stato convulsivo rimane limitato ad un circoscritto numero di muscoli. Queste considerazioni conducono l'Autore ad emettere il giudizio, che per la diagnosi delle affezioni superficiali del cervello dell'uomo debbansi ritenere caratteristiche non già le convulsioni generali ma soltanto quello stato convulsivo che incomincia in determinati circoscritti gruppi muscolari; questi ultimi vengono sempre pei primi colpiti anche nei pronunciati accessi epilettici e in essi suole residuare un certo stato di debolezza, se non una pronunciata paralisi. Una esatta localizzazione sulla corteccia cerebrale, in relazione ai gruppi muscolari nei quali l'accesso incomincia, per ora non è possibile, onde riescire a ciò occorrono ulteriori osservazivni; per altro, fin d'ora allorchè si vedessero presi da convulsione i muscoli delle braccia, si può ammettere che la lesione abbia sede nel dominio delle circonvoluzione centrale anteriore e posteriore; forsanche, allorchè sul principio dell'accesso sono colpiti i muscoli della bocca e della lingua (massime se coesiste afasia) può esser concesso di sospettare che la lesione esista nel dominio della terza circonvoluzione frontale, verso l'estremità inferiore delle circonvoluzioni centrali.

Ueber einen Fal von Höhlen und Geschwulstbildung im Rückenmarke mit Erkankung des verlängerten Markes und einzelneu Hirnnerven; (*Sopra un caso di sviluppo di escavazione e di tumore nel midollo spinale*): von prof. C. Westphal. (*Arch. f. Psych. u. Nerverkrankheiten*, volume V, 1874).

Il caso osservato da Westphal riguarda un uomo di 37 anni, il quale, alcuni anni prima della morte, s'accorse di un dimagramento della sua mano e del suo braccio del lato sinistro. Oltre di ciò di tratto in tratto, insieme a dolori del lato destro del capo, egli andava soggetto a diplopia, accessi di vertigini, e di più presentava una progressiva alterazione della favella e della deglutizione. Dopo la sua morte, avvenuta per bronchite acuta, nella porzione cervicale del midollo spinale si riscontrò un' escavazione, la quale in alto estendevasi fino al cominciare dell' incro-

ciamento delle piramidi, 21 centimetri in basso della punta della fossa romboidale. Ivi in luogo della cavità trovavasi un tumore molle gelatinoso, chiaramente delimitato dalla sostanza grigia. — Dalle indagini microscopiche (i dettagli delle quali veggansi nel lavoro originale corredato da figure) risultò che il tumore era da ascriversi al gruppo dei glio-sarcomi, e che la circostante sostanza grigia e bianca non appariva punto distrutta o disaggregata, ma soltanto allontanata e compressa. È poi in particolar modo degno di nota che l'escavazione, verso la parte superiore del midollo spinale, trovavasi in un'intima connessione colla porzione inferiore del tumore, e che non trattavasi di una speciale dilatazione del canal centrale, ma piuttosto, probabilmente, di una specie di fluidificazione della porzione centrale del tumore e di un ispessimento della periferia. Se questa interpretazione sia la giusta, l'Autore, in riguardo alle recentissime ricerche di Eichtorst e Naunyn (v. questa Rivista 1874, vol. 2°), crede di dover lasciare indeciso. Insieme alla descritta anomalia si rinvenne ancora un' alterazione alla parte sinistra del midollo allungato, fra il rafe, verso l'interno, ed il nervo ipoglosso, verso l'esterno. Ivi trovavansi numerose cellule granulari e rare fibre nervose non alterate. Apparve ancora alterata una porzione appartenente al dominio del cordone laterale destro del midollo allungato, dove le fibre nervose erano in gran parte scomparse e sostituite di un tessuto indeterminato fortemente colorantesi col carmino.

Nel nucleo dell'ipoglosso destro si trovò soltanto una colorazione carminica assai più forte che a sinistra, del resto nessuna notevole differenza nelle cellule gangliari; all'incontro le fibre radiculari dell'ipoglosso destro apparvero completamente degenerate. L'esame microscopico di ambedue i nervi ulnari e mediani diede quegli stessi risultati che dall'Autore vennero già in altro luogo descritti, il flessore destro e l'estensore del carpo presentavano una pronunciata atrofia quantitativa, associata ad una forte scolorazione giallo-grigia. Concludendo l'Autore richiama l'attenzione sull'unilateralità del processo del midollo allungato, il quale erasi manifestato contemporaneamente a tanti differenti processi nel midollo spinale ed a speciali alterazioni dei nervi periferici del braccio.

ANALISI BIBLIOGRAFICA

Clinica Chirurgica dell'Hôtel Dieu di Lione; *del professor* A. D. VALETTE. *Paris* 1875.

Successore a quella eletta schiera d'uomini che in questo secolo resero coi loro lavori oltremodo preziata la scuola chirurgica lionese,

quali il Ponteaut, il Petit, il Gensoul, il Bonnet, il Pravaz, ecc. l'autore come l'Ollier ed altri, fedele all'indirizzo pratico di questa scuola, ha cercato col suo lavoro dimostrare la rettitudine e la bontà degli insegnamenti dei suoi predecessori; e si è studiato specialmente di perfezionare e di semplificare quanto da essi si era già detto ed insegnato.

L'autore si dichiara prima di tutto apertamente avversario dell'uso del cloroformio, e ritiene l'etere sotto ogni rapporto preferibile e più innocuo. — Parlando del trattamento delle piaghe, dopo d'avere in modo sommario esposte le teorie odierne sul processo di cicatrizzazione, tratta della condotta che il chirurgo deve tenere in cotesta importantissima parte della pratica chirurgica; e nei casi d'amputazione consiglia l'immersione del moncone in qualche liquido allo scopo di preservarlo dal contatto dell'aria.

Un capitolo assai interessante è quello che parla della resipola traumatica e specialmente del suo trattamento. Questo consiste nell'applicazione, sulla parte presa da resipola, di una soluzione di percloruro di ferro al 30 per 100, due volte per giorno, col mezzo d'un pennello; e nel far prendere all'ammalato lo stesso rimedio nella formola seguente:

Acqua distillata — 100 grammi.
Percloruro di ferro soluzione al 30 per 100 — goccie 40
Acqua di menta — grammi 20.
Sciroppo di zucchero — grammi 30.

Io ho già avuto più volte occasione di esperimentare questo piano curativo, e posso assicurare che i risultati ottenuti oltrepassarono le mie aspettative e sono in piena conferma di quanto dice l'autore.

Molto istruttive sono alcune storie di emorragie intermittenti negli operati; e queste, aggiunte a quelle già riferite dal Bassiston, vengono a rischiarare maggiormente questa singolare complicazione delle ferite. — Valette consacra due capitoli del suo libro allo studio delle varici delle membra inferiori, e si intrattiene in particolare sul metodo curativo da tanti anni da lui impiegato con buonissimi risultati e che consiste nell'injettare nelle vene ectasiche il seguente liquido jodotannico:

Iodio — grammi uno.
Tannino puriss. polv. — grammi sedici.
Acqua distillata — grammi sedici.

Assai estesamente parla della cauterizzazione nella pratica chirurgica, e di essa dice che: «malgrado la grande autorità di Bonnet, malgrado gli scritti di eminenti chirurghi, questo metodo terapeutico non è sufficientemente apprezzato. Quanto a me, seguita il Valette, sono tanto

convinto delle risorse che può offrire al pratico, che mi sono studiato di estenderne il più possibile la cerchia della sua applicazione. » — Ed infatti egli si vale delle cauterizzazioni nella castrazione, nella chelotomia, nel varicocele, nel gozzo cistico, nell'inversione d'utero, ecc.

Nel parlare delle malattie articolari cerca dimostrare la verità ed il valore dei principj formulati da Bonnet; e per riguardo al trattamento delle fratture delle membra inferiori consiglia un apparecchio contentivo provvisorio, che per la sua semplicità si raccomanda particolarmente ai chirurghi di campagna. — Merita anche d'essere provato l'apparecchio che consiglia per la compressione della femorale, potendo esso per la sua semplicità essere da ognuno impiegato.

Delle fratture della rotella fa uno studio lungo ed accurato; come mezzo contentivo, dice ogni bene di un apparecchio da lui ideato e che consiste in una specie di fusione degli apparecchi di Malgaigne e di Trelat. Nei casi di frattura della rotella non consolidate, suggerisce di avvicinare prima più che si può i frammenti, e colla pazienza raggiunto tale intento, di praticare sui bordi dei frammenti delle scarificazioni sottocutanee, profonde ed estese, facendo immediatamente dopo la coaptazione col suo apparecchio.

Quanto dice sulle ernie ha per iscopo di stabilire, la necessità per il chirurgo d'occuparsi del trattamento palliativo, l'utilità della chelotomia precoce, ed infine l'importanza di convertire in piaga non penetrante quella che si è costretti di fare nell'operazione dell'ernia strozzata. — Due lezioni sono consacrate allo studio delle infiltrazioni urinarie e dell'uretrotomia esterna.

Un'altra importantissima questione presa in esame dal Valette, è quella della gravidanza considerata come controindicazione delle grandi operazioni. Egli dopo una minuta analisi dei fatti da lui osservati e da altri riferiti, dice che la condotta da seguirsi in questi casi deve essere tale come se non vi esistesse gravidanza, salvo quando le operazioni si possono senza inconveniente rinviare ad altra epoca.

Il lavoro del Valette termina finalmente con un bel capitolo sui risultati finali dell'amputazione tibio-tarsica, e non trovando in questa operazione altro appunto a fare che l'accorciamento dell'arto, ha cercato di rimediarvi applicandovi un apparecchio ortopedico di sua invenzione; il quale serve a suo dire così bene, che i pazienti possono fare molti chilometri a piedi senza che punto ne risenta la parte operata. — Parlando di certi argomenti l'autore, a nostro avviso, avrebbe dovuto vestirsi un pò più a nuovo; non omettendo per es. di parlare della galvanocaustica al capitolo cauterizzazioni, dell'ago-pressura, della legatura elastica, delle injezioni di cloralio nella cura delle varici; ma con tutto questo il libro del Valette sarà sempre letto con profitto.

PARONA.

Crup e difterite; *Lezione fatta il 21 febbraio 1875 nell' anfiteatro anatomico dell' Università di Torino dal prof.* G. BIZZOZZERO. *Torino, Libreria L. Beuf, Via Accademia delle Scienze N. 2.*

In questa erudita lezione l' autore fa una esposizione completa di tutti i rapporti che passano fra crup e difterite, tanto rispetto all' anatomia patologica che alla patogenesi delle due malattie; e poi, fermandosi particolarmente sulla seconda, fa una minuta descrizione dei sintomi e del decorso di essa, e ne trae le indicazioni terapeutiche. La prima parte è basata sopra osservazioni dell'autore, riguardanti la struttura delle pseudo-membrane e le alterazioni speciali della milza nella difterite; e sopra altre esperienze del dott. Griffini, eseguite nel laboratorio dell' autore, sopra il crup artificiale. Il nome dell' autore basta a garantire dell'esattezza delle osservazioni e far raccomandare ai medici la cognizione di esse e delle conclusioni cliniche e terapeutiche che ne sono derivate. R.

CORRISPONDENZA

Sugli esperimenti di trasfusione sanguigna eseguiti nell' Ospedale Maggiore di Milano dai signori dottori Ponza e Ridolfi; *lettera del dott.* CAMILLO BOZZOLO, *al Direttore degli Annali.*

Chiariss. Sig. Direttore degli Annali Universali.

Milano, 26 giugno 1875.

Alcuni giorni or sono il pubblico medico di Milano fu invitato ad assistere ad un trattenimento di trasfusioni sanguigne che il dott. Ponza di Alessandria ed il dott. Ridolfi di Brescia intendevano dare nel nostro Ospitale Maggiore, operando su alcuni alienati. Alla cortesia degli alienisti milanesi verso i loro colleghi ben corrisposero il Consiglio ospitaliero che fornì i mezzi necessarii, e i medici del Nosocomio e della città che accorsero numerosi.

Ella, Egregio Signor Direttore, mi ha chiesto quali impressioni io abbia ricevuto da quel trattenimento; ed io francamente gliele espongo, lasciando a Lei che è specialmente versato in questo argomento di

giudicare della opportunità di renderle pubbliche a mezzo del giornale da Lei diretto.

Prima di tutto Le confesso che non oserei asserire di averne ben inteso lo scopo. Certo questo non sarà stato di mostrare la innocuità dell'atto operativo della trasfusione e la relativa tolleranza dell'uomo per piccole quantità di sangue di bruto, essendo ciò conosciuto fin da epoca abbastanza remota; cioè fin dal gennajo 1667, quando Denis ed Emmerez praticarono per la prima volta quest'operazione nell'uomo (1). E ciò fecero con tanto maggior merito in quanto appunto a quell'epoca, col medesimo criterio press'a poco con cui i *così detti medici pratici* d'oggigiorno sentenziano intorno alle più importanti scoperte di *istologia*, di *patologia sperimentale*, di *chimica*, ecc., quel bello spirito ch'era il Decano più illustre della facoltà di Parigi inveiva ancora contro la pretesa circolazione, alla cui cognizione avrebbe sempre preferito poche dramme di un buon purgante; nel medesimo modo come si sarebbe deciso a credere vera la scoperta di Pecquet, che completava la teoria della circolazione, soltanto quando fosse per apportare qualche utilità, o almeno qualche commodità, *in morborum curatione*. Frase veramente degna di chi grida tuttora che gli ammalati non si curano col microscopio!!

Ma tornando all'argomento, non mi pare nemmeno che scopo di quel trattenimento possa essere stato quello di dare saggio del metodo diretto di trasfusione; giacchè appunto un tale metodo, dimostrato da Lower (2) nel 1666, venne praticato in modo esclusivo fino a Blundell (1824).

E nemmeno si può credere ci si volesse far sapere che alcune neuropatie sono tenute in conto di indicazioni di tale operazione, giacchè appunto i primi operatori (Denis ed Emmerez (3), Lower (4)) la praticarono per tali malattie; e la pratica ha piuttosto smentito che confermato il supposto di costoro.

Così non pare si trattasse di un *esperimento clinico*; giacchè, oltre

(1) « A Letter concerning a new way of curing sundry diseases by transfusion of blood. » e Landois « Die Transfus. des Blutes », Lipsia 1875, p. 14.

(2) « The success of the experiment of transfusing the blood of one animal into another. » L. c., pag. 8.

(3) « Lettre sur une folie inveteré guerì par la transfusion. » Loc. cit., pag. 9.

(4) « An account of the exper. of transf. pract. up. a man » Loc. cit., pag. 11.

che questo non giustificherebbe una simile convocazione, sarebbero state riferite le storie degli ammalati sottoposti all' esperimento, si sarebbe dato conto del loro peso, del risultato avuto dall'esame del loro sangue, della qualità del polso, della temperatura, dello stato dei visceri e particolarmente dei reni, ecc., cose delle quali non s'è udita parola.

È lecito adunque credere che i signori dottori Ponza e Ridolfi abbiano dato il trattenimento allo scopo di far noto un singolare concetto del primo, secondo il quale il sangue dell'individuo trasfondente injettato nel tessuto cellulare sottocutaneo di un altro individuo (trasfondendo) viene portato tal quale nel circolo (!), e di mostrare uno strumento di propria invenzione collettiva.

Il dott. Ponza infatti, dopo avere discorso del *così detto* metodo di Malassez (1) per la numerazione dei globuli come se parlasse a persone ignare della letteratura medica più volgare, dichiarò: *risul-*

(1) Il metodo Malassez per la numerazione dei globuli del sangue, non è altro che lo stessissimo proposto nove anni addietro da Ceradini, allora studente di medicina, oggidì prof. di Fisiologia all' Università di Genova (V. Rendiconto del R. Istituto Lombardo, Classe di sc. mat. e nat. Fasc. IX, Vol. IV). Ceradini avea intitolato *Citemaritmo* l'apparecchio da lui proposto per la numerazione dei globuli del sangue, del quale presentava al Corpo Accademico, in due tavole, i disegni d'insieme e di dettaglio in iscala naturale. — Malassez dovette limitarsi a semplificare, o veramente a ridurre ai minimi termini (prendendone la sola parte essenziale, il tubo calibro) l'apparecchio progettato da Ceradini, il quale, nella sua complicazione, rendeva rigorosamente scevra di errori e speditissima l'operazione. — La seguente nota, che si trova nello scritto di Ceradini, vale a mettere in evidenza una fonte di errori nei quali si può incorrere praticando l'enumerazione dei globuli nel modo *troppo semplice* ora eseguito da Malassez e di cui si era già valso lo stesso Ceradini.

« Parecchie esperienze da me instituite con tubi termometrici a « diametro interno di 0 ,0001 e appianati esternamente, avrebbero con- « fermato questi risultati teorici. Debbo però aggiungere che tali tubi « concedono appena l'inspezione di una zona, la cui larghezza corrisponde « circa a 0,3 del diametro; potendosi per la loro forma considerare sic- « come constanti di due lenti piano-cilindro-concave appajate colle « superfici concave verso il piano orizzontale individuato dall'asse, che « divergono per conseguenza due volte i raggi dello specchio (del mi- « croscopio) e permettono soltanto il concentramento di quelli che, pas- « sando in vicinanza dell'asse, sono debolmente refratti. — *Da questo « fatto risulta la necessità di tubi prismatici, per le ricerche microsco- « piche, quando i liquidi introdotti abbiano una densità minore di « quella del vetro.* »

tare dalle sue osservazioni che, di parecchi grammi di sangue injettati nel tessuto sottocutaneo di un animale non vedesi più traccia dopo otto giorni; che l' assorbimento del sangue avviene senza scomposizione dei globuli; e che i globuli rossi passano senz'altro nel torrente circolatorio sanguigno, sicchè colle numerazioni dei globuli successive, questi si trovano grandemente aumentati!

Nè il dott. Ponza si curò di fornire le prove di un asserto così colossale! — Se pure non intese di comprovarlo citando un tal caso in cui, praticatasi la injezione nel cellulare dell'avambraccio, la numerazione dei globuli fatta alcuni giorni dopo diede, *coi relativi calcoli*!!, un aumento di 600 m. globuli nell'individuo operato (e cioè di 1[10 di millimetro cubo di sangue!!); nel quale (notisi) nel tempo trascorso dalla operazione alla numerazione stessa, si era fatto un copioso versamento pleurico (4, 5 litri) di cui si praticò la evacuazione! — Prova clinica veramente degna di tal nome.

Del resto neppur l'ombra di un esperimento per provare se davvero le traccie del sangue effuso scompajono dopo 8 giorni, se i globuli realmente non si scompongono, ecc.! Gli uditori avrebbero dovuto credere sulla parola. — Per me davvero non mi ci saprei risolvere: e Lei?

Quanto all'istromento dimostrato dal sig. dott. Ridolfi non Le pare, Egregio sig. Direttore, che esso ricordi molto da vicino quello di Moncoq (1)? Se forse quest'ultimo non ha il vantaggio, su quello dei signori Ponza e Ridolfi, di agire automaticamente a mezzo delle valvole che indirizzano la corrente in modo alterno; le quali, se, *come asserisce il dott. Ponza, il sangue non coagula ancora dopo un'ora* (?!!) non possono arrecare alcun pericolo. Ma intorno a ciò io non voglio emettere pareri.

Piuttosto ci pare che, dinnanzi ad un consesso di medici rispettabili, sarebbe stato doveroso di giustificare la persistenza nel trasfondere nell'uomo il sangue dei bruti, opponendo delle buone ragioni e dei risultati di prove sperimentali, alle buone ragioni ed agli studi sperimentali dietro cui si trincerano gli uomini distinti che recentemente proclamarono questo un metodo rigettabile perchè *inutile e dannoso.*

Noi invochiamo il risultato degli studj clinici coscienziosi di Fidler e di Birch-Hirschfeld (2), invochiamo gli studi sperimentali di Naunyn

(1) « Transf. instant. du sang. », 1874, pag. 176.

(2) « Deutsch. Arch. », 1874, p. 580. (Per evitare qualunque osservazione contraria a cui potrebbero dar luogo alcune parole che chiu-

e Francken (1), di Plósz e Györgyäi (2), di Ponfick (3), di Jakowicki (4) che hanno dimostrate le coagulazioni, e le alterazioni funzionali e viscerali che conseguitano le injezioni di sangue color di lacca, sangue, siero di sangue, ecc., di animali di genere diverso. Ci appoggiamo alla non dubbia autorità dei due distinti fisiologi di Greisfwald e di Copenaghen, i quali hanno fatto una serie di studj sperimentali in proposito ed hanno dimostrato: che i globuli del sangue di un animale non continuano a vivere nel plasma del sangue di animali di specie diverse; e che non solo si consumano essi stessi, ma che il sangue introdotto consuma anche porzione dei globuli del sangue dell'animale che lo riceve; che il contatto delle due specie di sangue induce tali modificazioni dei globuli per cui avvengono embolie multiple; che infine i prodotti della dissoluzione dei globuli rossi dell'animale o dell'uomo, possono produrre, non solo una secrezione di materie albuminoidi e di emoglobina coll' urina, ma anche emorragie capillari e una grave affezione dei reni che può avere per effetto una cessazione più o meno completa della secrezione dell'urea.

L' eccitazione passaggiera prodotta dall' emoglobina sciolta nel plasma, dice Panum (5), ha fatto una grande impressione sui medici e sugli ammalati, ingannando e gli uni e gli altri; ma questa eccitazione è evidentemente pagata troppo cara. Per buona fortuna però degli ammalati, soggiunge, la quantità di sangue trasfusa fu nella maggior parte dei casi molto minore di quella calcolata.

Non Le posso tacere infine che mi fece un certo senso la facilità con cui il dott. Ridolfi credette di decidere con un esperimento così straordinariamente manchevole, una delle questioni più gravi che si

dono la parte sperimentale del lavoro di questi due Autori, riportiamo il seguente periodo che vi si legge: « Ein weiterer während der Transfusion eingetretener Todesfall ist kürzlich mitgetheilt worden. Sehen wir aber auch von dieser Erfahrung ab, so sind die berichteten Erscheinungen bei den Transfundirten keineswegs geeignet, die Lammbluttransfusion als einen leichten Eingriff erscheinen zu lassen. Wir betonen in dieser Beziehung besonders die Temperatursteigerung, die Nierenaffection und für manche Fälle die Magensymptome. »)

(1) « Arch. f. exper. Path. etc. », 1873.

(2) « Centrbl. », 1874.

(3) « Arch. f. exper. Path., ecc. » Bd. 62, pag. 273 e « Centrbl. », 1874.

(4) « Centrbl. », 1875.

(5) « Til Orientering i Transfusionsspörgmålet. » Copenaghen 1875.

agitano nella fisiologia e nella fisiologia patologica, voglio dire l'effetto dell'introduzione dell'aria nel circolo.

Chi ha visto qualche laboratorio di fisiologia, o di patologia sperimentale, sa che coll' introduzione dell' aria nelle vene prossime al torace si usa bene spesso sagrificare gli animali; quantunque questi, per ragioni che fino ad ora sono ignote, rispondano in modo vario a questo agente nocivo. Certo è che la maggior parte degli animali anche di grossa taglia muojono come fulminati; purchè l'aria sia convenientemente introdotta nelle vene stesse (1).

La teoria poi emessa dal prof. Ridolfi che l'aria che entra spontaneamente nelle vene può essere pericolosa mentre non lo è mai quella spintavi artificialmente e bruscamente, la quale anzi vivifica (!) il sangue dell'animale, (teoria ch' è in opposizione agli studj sperimentali registrati nella letteratura, giacchè si conviene dalla generalità degli sperimentatori che possono venir tollerate grandi quantità d'aria, solo a condizione che questa venga introdotta a poco a poco) questa teoria è ancora più curiosa del suo esperimento; mentre si sa che l' aria che entra spontaneamente nelle vene ferite (prossime al torace) vi entra quasi sempre durante profonde inspirazioni, sicchè effettuandosi una pressione fortemente negativa nel torace, e tanto maggiormente se per una ragione qualunque sia reso difficile l' ingresso dell' aria nei polmoni, l'aria stessa deve di necessità penetrarvi con rapidità e forza, ed essere istantaneamente trascinata nel cuore.

Qui faccio punto, lasciando ad uomini più côlti di me nell'argomento il cómpito di opporsi a ragionamenti così pericolosi. Ma non voglio finire senza citare le parole che si leggono nella recentissima opera di Landois « Der Eintritt der Luft in die Venen *ist und bleibt* einer der *gefährlichsten* Unfälle bei der Transfusion (2), e senza rammentare i casi 36 e 72 registrati nella sua *Statistica della transfusione*, nei quali la morte avvenne istantanea appunto per introduzione d'aria nelle vene dietro profonda inspirazione.

Davvero quando si vedono medici che trovano l'ardire delle più gravi operazioni in criterj di tale natura, si è tentati di dare qualche ragione al fanatico *Santinelli* (Confusio transfusionis, Romæ

(1) V. anche Ceradini, « Della morte da sommersione e da introduzione d'aria nelle vene ». Firenze, 1873 — e Ponfick nell'arch. cit., p. 297.

(2) L'ingresso dell'aria nelle vene *è* e *rimane* uno dei più gravi accidenti della trasfusione.

1668) che sclamava con Seneca (dove costui parla dei giuochi dei gladiatori). « *Homo, res sacra, jam per lusum et jocum occiditur.* »

Accolga, ecc.

Dott. *C. Bozzolo.*

Ringrazio il Collega d' avermi manifestato le impressioni che ricevette dagli esperimenti di trasfusione ai quali io pure ho assistito nell'Ospitale Maggiore, tanto più che in lui apprezzo non soltanto il medico ma anche il cultore della fisiologia patologica. E dacchè nella sua lettera egli mi fa interrogazioni, io rispondo con piacere; e mi permetto aggiungere, alle sue, le mie osservazioni.

Davvero che in luogo della meccanica, già nota, delle trasfusioni dirette di sangue (sia fra uomo ed uomo, sia fra bruto ed uomo) io avrei preferito di udire la narrazione di alcuni casi clinici, dai quali potessero i presenti dedurre criterii positivi sull' efficacia o meno delle trasfusioni con diverso sangue nelle forme psichiche: solo allora avremmo potuto apprendere ciò che desiderano sapere i clinici, in ispecie gli alienisti. E quando il dott. Ridolfi ci disse che col suo strumento aveva già fatte più di 150 trasfusioni, non ci mostrò altro che la buona funzione dell'apparecchio; pel quale scopo un solo esperimento avrebbe bastato. Non sarebbe stato meglio ch'egli ci avesse esposto il risultato clinico, rigorosamente clinico, di quelle più che cento prove?

Convengo poi col Collega che la prima pompa ideata da Moncoq funziona come quella dello strumento dei dottori Ponza e Ridolfi, cioè tenendo la colonna di sangue difesa dal contatto dell' aria, facendo una diretta comunicazione fra trasfondente e trasfondendo, agendo con pressione regolata sulla colonna di sangue da injettare, e funzionando alternatamente da aspiratore e da injettatore.

Il Collega accenna alle emorragie capillari, all'alterazione dei reni che per injezione di sangue di diversa specie hanno osservato distinti fisiologi: ed io mi affretto ad aggiungere che questi effetti morbosi non avvennero perchè si sia trasfusa da essi una grande quantità di sangue, non avvennero cioè per azione idraulica, per soverchio riempimento: poichè nei loro esperimenti ognuno può leggere che a questo errore si era pensato usando sempre modicissima quantità di sangue. È quindi tale fatto una maggiore accusa per la diversa qualità di sangue.

Io mi permetto di rilevare un fatto, di cui non si occupa il Collega; quello cioè che i signori Ponza e Ridolfi usano trasfondere

6-8 gr. al più di sangue ovino nell'uomo: una tanto esigua quantità, se fino ad un certo punto ci assicura dai danni imputabili al sangue straniero, è sufficiente poi allo scopo clinico? Io vorrei dubitarne, dacchè è oggidì stabilito dalla maggioranza dei trasfusori che il minimo volume di sangue sia quello fra 35 e 50 grammi perchè la terapia sia seguita da effetti.

È assai grave davvero ciò che vennero a dirci i recenti sperimentatori intorno agli effetti venefici del sangue dei bruti nell'uomo: ed io quando ebbi fra mano i loro studj ne fui vivamente impressionato. Secondo me è questo un argomento che merita tutta la nostra attenzione, un modo di terapia trasfusoria che esige *ancora* dal clinico la massima prudenza. Le trasfusioni con sangue di specie diversa s'hanno a fare con uno spirito di osservazione la più fina, se vogliamo uscire da queste incertezze, da questi timori.

Accenno, chiudendo, alle parole che con sottile criterio ebbe a dire il nostro distintissimo alienista prof. Verga, a proposito di trasfusioni nella speciale forma psichica detta lipemania; la quale, a suo dire, se è quella che più delle altre alienazioni invita a tale terapia, non s'ha a dimenticare che è anche quella che più facilmente vedesi guarire *spontaneamente*, e perciò può illudere il nostro criterio sul valore dei mezzi impiegati per curarla. Infatti accennò egli come su 5 lipemaniaci scelti per la radunanza sperimentale di quel giorno, uno era guarito repentinamente e contro ogni aspettazione nei giorni in cui lo si teneva pronto per l'esperimento di trasfusione.

Davvero io non vorrei che per troppo fanatismo e per mancanza della giusta misura e rettitudine nell' applicazione della trasfusione avesse dessa a cadere, come già altre volte, in discredito del pubblico e dei medici; vorrei invece che pochi ma ben studiati casi clinici venissero a pronunciare anche in psichiatria il valore reale di questo agente terapeutico. Non vorrei si dimenticasse che la trasfusione è un atto operativo innocente se ben condotto, letale se compiuto senza le volute e scrupolose norme: non vorrei infine che la dimenticanza di queste rinnovasse gli errori ed i tristi esempi che non è molto s'ebbero a deplorare.

Dott. *De Cristoforis.*

Unicuique Suum. — *Rettifica del dott.* BOZZOLO.

Nelle conclusioni del mio lavoro intitolato *Il tubercolo solitario della dura madre* stampato nel fascicolo di maggio di questo pe-

riodico, io accennai alla *Secondarietà della tubercolosi della dura;* concetto appoggiato veramente al fatto negativo che, nessun caso di tubercolosi unica nella dura madre era stato fino allora registrato nella letteratura.

Ma, appunto in quel turno di tempo in cui io scriveva quelle righe, il dott. Colomiatti di Torino pubblicava, a modo di appendice di altre osservazioni, un caso di tubercolosi della dura madre rachidica secondo lui unica e quindi necessariamente primitiva (1).

Mentre io intendo quì di rimediare alla involontaria ommissione, per ciò che riguarda la letteratura contemplata nel mio lavoro, non posso a meno di esprimere i miei dubbj intorno alla primitività della alterazione in questo caso pubblicato dal dott. Colomiatti; giacchè per *confermarla assolutamente* non bastava che l'Autore scrivesse che « in nessun altro viscere esistevano tubercoli », ma sì era necessario rendesse un esatto resoconto della autopsia. Dalla quale così come è scritta, rimane anche dubbiosa la causa immediata della morte.

Certo se il mio lavoro fosse stato già pubblicato quando questo caso gli occorse, il dott. Colomiatti dando forse maggiore importanza al fatto da lui trovato, non avrebbe trascurata una simile esattezza, che può avere talora l'apparenza di una pedanteria.

Milano, giugno 1875.

VARIETÀ

Stabilimento per bagni ad aria compressa a Milano. — Nel prossimo autunno sorgerà in Milano uno stabilimento medico-pneumatico di bagni d'aria compressa, per la cura di tutte quelle malattie in cui una deficiente ossigenazione del sangue è o il momento principale o una grave complicazione. — Fin dal 1832 datano i primi studii di Emilio Tabarié intorno all'azione dell'aria compressa sull'organismo: però fu solo dopo molti anni che questi, suffragati da un voto e da un premio dell'Istituto di Francia, ricevettero una diffusa e continuamente crescente applicazione pratica nella terapia. Oggidì pressochè tutti gli stati d'Europa posseggono parecchi stabilimenti medico-pneumatici: quelli di Copenhagen e di Stoccolma sono sussidiati dal governo per la cura degli ammalati poveri.

Non è ora il momento opportuno per discorrere del modo d'agire e dell'efficacia dell'aria compressa; ci basti il ricordare quanto giustamente osserva Sandhal; che cioè, fra tutti gli agenti terapeutici essa è

(1) « Sulla tubercolosi dei gangli del gran simpatico e dei nervi. » Torino, 1875.

forse quello il cui modo d'azione si può più chiaramente intendere, come quello che è esclusivamente appoggiato su delle leggi fisiche e fisiologiche. — La sua efficacia curativa in un gran numero di malattie, teoricamente dimostrata sulla base di esperimenti fisiologici da Vivenot, Panum, i due Lange, Sandhal, ricevette una piena conferma dall'esperienza pratica di molti anni.

Anche su questa via l'Italia, la patria di Torricelli, si è lasciata precorrere da quasi tutte le altre nazioni; e mentre da molti anni la Francia, l'Austria, la Danimarca, la Svezia, la Germania, la Prussia, l'Inghilterra posseggono parecchi stabilimenti medico-pneumatici, l'Italia nel 1875 ne è ancor priva. — È quindi con viva compiacenza che noi annunciamo ai nostri lettori come, mercè l'iniziativa e gli sforzi del dott. Carlo Forlanini e di una benemerita Società costituitasi a questo scopo, Milano verrà dotata di uno stabilimento medico-pneumatico che sarà aperto al pubblico nel prossimo ottobre.

Cholera e Peste. — A Marsiglia si è preoccupati per le epidemie che dominano in alcune parti della Turchia Asiatica, colle quali questa città è in diretto rapporto. — Si sa che una decisione del Consiglio superiore di sanità ha imposto una quarantena di 15 giorni a Bassoraba e in tutti i porti ottomani del mar Rosso. — La stessa misura venne applicata ad Alep, a Damas, ed a Kifri, per le carovane, per tutto il tempo in cui durerà l'epidemia; la quale intanto fa strage a Dirawié-Lamorot e lungo la riviera El-Haï. — La Commissione sanitaria che percorre i distretti della Mesopotamia, ha fatto sapere che la peste bubbonica infierisce sempre in quella provincia. Secondo i dispacci arrivati a Marsiglia, il flagello si sarebbe esteso al di là del paese dei Mountefiks, invadendo un immenso territorio e distruggendo quasi completamente delle intiere popolazioni.

In tre località ricordate dai telegrammi, la cifra dei morti fu per una di 500, un'altra di 800 e la terza di 1000 individui. Gli ammalati soccombevano ordinariamente al terzo od al quarto giorno dalla comparsa dei primi sintomi morbosi. L'epidemia era in decrescenza in alcune località, ma continuava ad infierire in molte altre che la Commissione non aveva ancora visitato.

Un rapporto telegrafico del dott. Pestalozza, Ispettore sanitario a Beyrouth, segnala ancora alcuni casi isolati di *cholera* ad Hama. Nei due mesi dall'apparizione del morbo, egli ebbe in tutto 60 morti, ad Hama.

Inaugurazione della statua di G. B. Morgagni nella città di Forlì. — Il giorno 27 del mese andante, ebbe luogo in Forlì l'annunziata inaugurazione della statua di Giovanni Battista Morgagni; statua fatta scolpire con generoso dispendio dall'esimio professore C. Versari, e collocata nel magnifico Palazzo degli studii per cura del Municipio di quella città.

Circa le ore 12 mer., il corteo degli invitati, accompagnato dagli allievi delle scuole e da numerosa schiera di cittadini, partiva dalla residenza comunale; e movendo per la piazza e per la via principale della città, parata a festa, si diresse alla volta del luogo ove sorge il monumento.

Giunto che fu il corteo nello spazioso cortile del Palazzo degli studii, cortile elegantemente addobbato, gremito di spettatori e di gentili signore, fu suonato dalla banda cittadina un preludio musicale. Si tolsero quindi i velamenti che coprivano la venerata effigie del gran padre dell'anatomia patologica e fondatore d'un'èra nuova nella me-

dicina. Quand'essa apparve allo sguardo degli astanti scoppiarono unanimi e fragorosi applausi.

Subito dopo il dott. Mazzoni, f. f. di sindaco, lesse un breve ed applaudito discorso, che, con mio rammarico, sfuggì del tutto al mio udito, causa la voce fioca del suo dicitore.

Gli tenne dietro il dott. Casati, che recitò un'erudita orazione, nella quale venne tessendo l'elogio dei meriti scientifici del Morgagni, relativamente all'anatomia patologica e alla medicina. L'orazione fu salutata al suo termine da vivi applausi; dei quali fu rimeritata pure quella detta in latino dal sig. Bongiovanni, preside del Liceo, nella quale si fece a rammentare i pregi letterarii del Morgagni.

Dopo di che gl'invitati passarono a visitare nel palazzo stesso la Stazione agraria sperimentale, la Biblioteca, la Collezione di quadri, che contiene qualche tela veramente preziosa, e molti manoscritti del Morgagni, taluni dei quali corredati delle incisioni originali in rame (vuolsi che alcuni sieno tuttora inediti).

Frattanto il cielo, limpidissimo nel mattino, si venne coprendo di dense nubi; dalle quali sgorgò ben presto un'abbondante acquazzone.

I più degli ospiti convennero allora all'Adunanza tenuta dalle Deputazioni di storia patria dell'Emilia. In essa, il comm. Gozzadini, il Carducci, il Martini e il Caselli diedero ragguaglio sull'operosità dei sodalizii da essi rappresentati; non senza commendare, a suo luogo, la benemerenza del Morgagni rispetto all'Archeologia delle Romagne, della quale fu dotto illustratore, lodato anche dal Borghesi.

La cortesia del Municipio volle accolti poscia i rappresentanti a lauto banchetto, che venne imbandito nella gran sala della residenza municipale.

Gl'invitati vi si intrattennero con gioviale cordialità; e fecero plauso ai brindisi pronunciati dal f. f. di sindaco, dallo scultore Salvini e dal ministro Finali.

La pioggia insistente impedì del tutto la luminaria e i fuochi d'artifizio.

Si chiuse la festa con la rappresentazione di gala al teatro Comunale.

Tutto fu egregiamente ordinato, e la solennità ebbe l'impronta che veramente conveniva le fosse data; quella cioè d'un omaggio tributato alla memoria del sommo Forlivese, non soltanto dai suoi concittadini, ma da tutta l'italiana famiglia, cultrice delle mediche discipline; e lasciava grata memoria di sè nell'animo di quanti vi presero parte.

Intervennero alla stessa: S. E. il Ministro d'agricoltura, industria e commercio; il Segretario generale del Ministero della pubblica istruzione; i Deputati Bertani e Tommasi Crudeli.

Inviarono rappresentanti i Municipii di Padova, di Bologna e di tutte quelle città delle Romagne che furono illustrate dalle ricerche archeologiche del Morgagni.

Quasi tutte le università italiane mandarono delegati alla festa. Oltre ai professori Brunetti e Vlacovich, che rappresentarono l'università di Padova, posso citare i nomi dei professori Capellini, Ghinozzi, Schrön, Semmola, Pacchiotti, Brugnoli, Ciaccio, Pellicioni, Cocconi, Amabile, ecc. La nostra Accademia ebbe a rappresentanti il cav. Tommasoni e il prof. Vlacovich.

Anche la vicina repubblica di S. Marino fece atto di presenza.

Gl'invitati ebbero in dono una bella medaglia commemorativa, e due volumi stampati, che contengono: l'uno la corrispondenza del Morgagni con Francesco M. Zanotti; l'altro, sei discorsi sopra Morgagni del prof. C. Versari.

La statua del bravo scultore Salvini viene lodata generalmente per le giuste proporzioni delle sue forme e per la squisitezza del lavoro. Morgagni v'è ritratto in piedi sopra una base quadrangolare, che a dir vero piacerebbe meglio se le si fossero date più modeste dimensioni. La fisonomia del Morgagni è atteggiata alla meditazione; ma l'espressione del volto mi parve troppo severa, e non s'accorda nè con quella d'altri ritratti dell'illustre notomista, nè con le asserzioni degli scrittori, che gli attribuiscono lineamenti dolci, faccia serena.

Il braccio sinistro, piegato nel cubito, sostiene un cranio sovrapposto alla mano, rivolta con la palma in alto. Il braccio destro è proteso all'innanzi, e stringe fra le dita una penna.

Sotto la classica inanellata zazzera scende lunga ed ampia la toga cattedratica, da cui trasse abilmente l'artista a foggiare dei panneggiamenti, che attestano perizia e buon gusto. La toga lasciata aperta con opportuno divisamento al dinnanzi, concede di vedere il Morgagni vestito secondo il costume dell'epoca; col quale artifizio fu pure interrotta acconciamente la monotonia delle lunghe e fredde linee della clamide togale.

Sulla base del monumento si leggono le iscrizioni seguenti:

(*Alla faccia anteriore*)
MORGAGNI

(*Alla faccia posteriore*)
QUESTA STATUA
OPERA
DEL CAV. SALVINO SALVINI
FU DONATA
AL PATRIO MUNICIPIO
DAL PROF. CAMILLO VERSARI
E QUI POSTA
AD ESEMPIO
DELLA GIOVENTÙ STUDIOSA

(*Gazz. Med. Prov. Ven.*).

Congresso periodico internazionale di scienze mediche. — Di questo Congresso, che si aprirà quest'anno il 19 settembre in Bruxelles, noi abbiamo già dato il programma e lo statuto.

Recentemente però il Comitato d'organizzazione di questo Congresso ha determinato di aggiungere una nuova sezione, alle altre già indicate nel programma, la quale si occuperà delle malattie mentali, del regime degli alienati, ecc.; e prenderà il nome di *Sezione di psichiatria*.

Ed ancora il sullodato Comitato intende fare, all'epoca e nei locali del Congresso, un'*esposizione* di apparecchi od istrumenti *nuovi*, usati in medicina, chirurgia, fisiologia, ottalmologia, ecc. — E a questo scopo invita i medici ad inviare al Direttore dell'esposizione (dottor Casse, rue St. Michel, 11 a Bruxelles) gli oggetti che vorranno presentare al Congresso; pregandoli ad indicare, per il giorno 1.° luglio, le loro intenzioni a questo riguardo e la misura dello spazio richiesto. — Gli oggetti da esporsi dovranno essere ricapitati alla Direzione per il 1.° settembre, franchi di porto e di dogana.

Nei casi di insufficiente affrancazione provvederà la Direzione, salva la rifusione per parte dello speditore. — Dopo l'esposizione gli oggetti saranno restituiti ai loro proprietarii. — Il Comitato s'incarica della disposizione degli oggetti nelle vetrine, dell'imballaggio, ecc.

Questa esposizione non ha alcun indirizzo di interesse commerciale; pure viene aperta anche ai fabbricatori di simili strumenti, a

condizione però che gli oggetti esposti siano veramente *nuovi* ed *offrano un interesse scientifico attuale.*

Essi però dovranno pensare alle spese delle vetrine, ecc., e la loro esposizione sarà separata da quella dei medici.

Sarà provveduto a chè possa aver luogo la dimostrazione degli apparecchi su animali o sul cadavere. — Si desidera specialmente la esposizione di istrumenti importanti, tali che pel loro prezzo o per la specialità delle loro applicazioni non si vedono che nei grandi gabinetti di fisiologia.

Società italiana pel progresso delle scienze. — Riceviamo e ci affrettiamo a pubblicare la seguente circolare:

Illustrissimo signore. — Il XII Congresso degli Scienziati italiani si terrà in Palermo il dì 29 agosto del 1875.

Il sottoscritto Comitato si onora e compiace d'informare la S. V. di tal sua deliberazione, stata accolta in Palermo sì dal Municipio e sì da ogni ordine di cittadini con quel favore che ben risponde alla vecchia fama di lor cortesia e testimonia altresì l'aspettazione gratissima di tutti essi di vedere colà riunito il fiore degl'ingegni italiani.

È parso opportuno che, fatto già omaggio a Roma e sciolto il voto degli antecedenti Congressi nella sospirata capitale del Regno, venisse eletta altra sede alla futura adunanza. Nè alcuna fu giudicata migliore di Palermo, dacchè in lei non hanno avuto mai luogo Congressi generali italiani, e perchè la cospicua città riceva testimonianza nuova e solenne dell'affetto profondo che lega oggimai perpetuamente i popoli tutti d'Italia.

È mente del Comitato e senza dubbio è mente di V. S. che sorga e si mantenga fra i dotti la salda persuasione, che codesto riunirsi e affiatarsi degli studiosi non è un gioviale ritrovo per colloquj amichevoli e festive ricreazioni, ma bensì un mezzo potente alla coltura e al progresso in ogni ragione di scienze. È duopo dunque dare opera sollecita ai rispettivi lavori, affine possano venir presentati e approvati dal Congresso, a tempo debito. La S. V. è pregata di volgere a quelli il suo intento e la sua dottrina, e di promoverli con ogni zelo in altrui, e far noto il numero e la natura di essi al Comitato sottoscritto; il quale compirà il medesimo dalla sua parte con ogni premura. Per ultimo egli curerà, per quanto potrà da lui dipendere, che il dispendio del viaggio sia il meno possibile gravoso agli illustri visitatori.

Accolga i sensi di devota stima.

Il Comitato permanente

Terenzio Mamiani, Presidente

Michele Amari — Cesare Correnti — Stanislao Cannizzaro — Luigi Galassi — Pietro Blaserna — Leone De Sanctis, Segretario.

Questa società può considerarsi come una continuazione dei noti *congressi degli scienziati*, che ebbero tanta parte nei tempi passati per l'affratellamento degli italiani divisi dai dominii stranieri. Il comitato permanente che ha sede in Roma delegava il dott. Malachia De Cristoforis a farsi centro di un sotto comitato locale in Milano, il quale si adoperi a propagare le intenzioni espresse nella circolare 31 settembre 1873 ed a riunire un numero di soci che assicuri l'adempimento dei fini della società. Mentre noi pensiamo ad assecondare il desiderio del comitato permanente, porgendogli grazie della

deferenza usataci, crediamo far cosa utile riportando qui sotto alcuni atti che possono servire di guida.

1.° a coloro che intendessero arrolarsi nel sotto comitato locale e per esso far parte integrante della società italiana pel progresso delle scienze (per il che resta aperta la sottoscrizione in regolare scheda presso la ditta Fratelli Rechiedei Editori Milano. Via S. Pietro all'Orto N. 16)

2.° a chi desiderasse prender parte a codesto congresso, sia come socio onorario sia come socio benemerito

3.° infine per i cultori delle scienze o delle loro applicazioni, che nel ramo da essi coltivato volessero preparare studii, rendiconti, proposte, ecc., inerenti alle grandi questioni scientifiche.

Proposta di ricostituzione dei Congressi Generali degli Scienziati approvata nell'adunanza del 27 ottobre 1873.

1.° I Congressi Generali degli Scienziati italiani sono mantenuti.

2.° È istituita un'Associazione permanente degli Scienziati italiani col nome di *Società italiana pel progresso delle Scienze.*

3.° Chiunque voglia essere Socio, ed entri nelle categorie delle quali si parla nell'articolo 8, si obbliga a pagare per cinque anni la quota annua di 10 lire. Chi non dichiara tre mesi prima dello spirare del quinquennio, di uscire dalla Società, vi rimane per altri cinque anni.

4.° La Sede legale e permanente della Società e del suo Comitato è in Roma.

5.° La Società scieglie ne' suoi Congressi il luogo e il tempo della successiva riunione.

6.° La Società è rappresentata da un Comitato permanente composto di sette Membri, con incarico di preparare i Congressi ed eseguirne le deliberazioni. Ciascun Membro avrà la sua dimora in Roma.

7.° Le sette Classi, in cui è spartito il Congresso, eleggeranno ciascuna un Membro del Comitato permanente. E tutti essi durano in ufficio fino alla chiusura del nuovo Congresso, e possono essere rieletti.

8.° Alle categorie per l'ammissione alla Società, indicate già nel regolamento dei Congressi anteriori, s'aggiungono le seguenti: essere Ufficiale dell'Esercito o della Marina; essere Magistrato; essero Ingegnere del Genio Civile, delle Miniere, o Ispettore forestale.

9.° Coloro che non sono Soci e tuttavia entrano in alcuna delle dette categorie possono farsi ascrivere ad uno dei Congressi della Società, pagando la tassa di lire 20, ma non possono prendere parte alle votazioni per l'elezione del Comitato.

Disposizioni transitorie.

10.° La Società tiene nell'anno prossimo il suo primo Congresso generale in Roma.

11.° Il Comitato è incaricato di compilare il nuovo regolamento della Società da sottoporsi per l'approvazione al prossimo Congresso.

Membri del Comitato Permanente eletti dal Congresso.

Terenzio Mamiani, Senatore, — *Michele Amari*, — Senatore, — *Cesare Correnti*, Deputato, — *Stanislao Cannizzaro*, Senatore, — *Luigi Galassi*, Professore, — *Pietro Blaserna*, Professore, — *Leone De Sanctis*, Professore.

Circolare 31 dicembre 1873.

Illustrissimo signore. — I Congressi degli Scienziati italiani, sorti nel 1839, contribuirono potentemente a affratellare le varie provincie

italiane ed a preparare l'unità politica della patria. Ma ora che col trasferimento della Capitale in Roma questa meta è stata raggiunta, i Congressi devono rientrare in una sfera d'azione più appropriata alla loro indole scientifica.

A questo fine l'ultimo Congresso, tenutosi in Roma nell'ottobre decorso, deliberò di fondare una Associazione permanente col nome di *Società italiana per il progresso delle scienze*, la quale terrà un primo Congresso nel 1874 in Roma e delibererà successivamente sul luogo e sulla forma delle future riunioni.

La Società è rappresentata da un Comitato permanente che ha sede in Roma, ed ha l'incarico di preparare i Congressi e di eseguirne le deliberazioni. Esso rimane in carica fino alla chiusura del nuovo Congresso.

Come componenti il Comitato per questo primo anno sono stati eletti i sottoscritti, ai quali fu dato l'incarico di far quanto occorre per eseguire la deliberazione che fonda la nuova Società e preparare il regolamento da sottoporre all'approvazione del prossimo Congresso.

I sottoscritti essendosi messi all'opera, hanno compreso che l'incarico loro affidato era: Di costituire una grande Società, la quale lungi dall'occupare il campo coltivato dalle Accademie e dagli Istituti scientifici residenti nelle varie parti d'Italia, si proponesse invece di colmare una lacuna che sussiste nei nostri ordinamenti scientifici, col promuovere in modo più stabile e più efficace, di quanto non lo potessero fare i Congressi passati, i convegni tra i varj cultori di scienze, facendoli servire non solo a provocare relazioni personali e sfuggevoli scambii di idee, ma altresì a collegare durevolmente i loro sforzi intorno a scopi comuni e a tener vivo nel pubblico l'interesse per l'alta coltura scientifica.

Essi comprendono però che un così vasto disegno non può essere attuato in breve spazio di tempo, ma richiede l'opera concorde e perseverante di molti e per molto tempo. Essi non aspirano quindi ad altro che a gittare la base del futuro edifizio, col raccogliere il più grande numero possibile di soci nelle categorie indicate dallo Statuto, col procurarsi contribuzioni da tutti gli amatori del progresso scientifico nazionale e da tutti i corpi costituiti, i quali giudicassero di dovervi contribuire, e col preparare letture e lavori importanti ed argomenti degni di discussione.

Per ciò i sottoscritti si rivolgono:

1.° A tutti i loro colleghi ed ai soci dei Congressi passati, invitandoli a entrare nella nuova Società, e pregandoli a voler raccogliere altre sottoscrizioni tra le persone comprese nelle categorie sottoindicate, le quali possono meglio giovare allo scopo della Società;

2.° A tutte le Accademie ed Istituti scientifici, perchè vogliano delegare uno o più rappresentanti coll'incarico di leggere nel prossimo Congresso generale un riassunto dei lavori da essi compiuti nell'anno corrente; in guisa che possa il paese avere in tale occasione un quadro del movimento scientifico italiano, quadro il cui difetto era da tutti vivamente sentito;

3.° Ad alcuni cultori di scienze o delle loro applicazioni, perchè vogliano preparare un rendiconto dei più rilevanti progressi fatti negli ultimi anni in Europa, nel ramo da ciascuno di essi coltivato, rendiconto che dovrebbe indirizzarsi non tanto agli speciali cultori di quel ramo, quanto ai cultori di scienze affini, e a tutti coloro che prendono interesse alle grandi questioni scientifiche;

4.° A tutti i componenti della Società, affinchè vogliano proporre quelli argomenti di lavoro e di discussione, che giudicassero meglio convenire al prossimo Congresso e vogliano avvertire in tempo utile

il Comitato, se essi si propongono d'intervenirvi e di farvi letture o comunicazioni. Di tutte queste proposte il Comitato terrà conto, nella misura del possibile, nel compilare il programma del futuro Congresso.

Il Comitato inoltre accoglierà con premura le proposte che i soci vorranno fare intorno al regolamento che esso è incaricato di compilare.

I sottoscritti si rivolgono quindi alla S. V. chiedendole la cooperazione per gli scopi or ora indicati.

Come Ella può rilevare dalla qui annessa deliberazione del Congresso, i soci effettivi si obbligano a pagare lire 10 annue per il corso di cinque anni. Hanno diritto ad esser soci: Gli italiani, che già appartennero ad uno dei Congressi passati; quelli che sono soci di Accademie ed altri Istituti che diano pubblicità ai loro atti; i direttori di alti studii o di stabilimenti scientifici; tutti i professori insegnanti od emeriti; gli ufficiali dell'Esercito e della Marina; i Magistrati; gli ingegneri del Genio civile, delle miniere e gli Ispettori forestali. Sono pure ammessi a farne parte coloro che, sebbene non italiani, saranno proposti da soci già inscritti.

Per effettuare le sottoscrizioni, il Comitato ha deliberato che chiunque voglia sottoscriversi, essendo compreso nelle categorie sopra indicate, faccia pervenire, direttamente o per vaglia postale, lire 10 al signor Giovanni Ferrando, Cassiere provvisorio della Società, nel locale della Società geografica, gentilmente offerto a sede provvisoria del Comitato, *Via della Colonna* 28, indicando l'indirizzo ed il titolo per cui ha diritto di essere ammesso.

Il Comitato, ricevuta la prima annata di sottoscrizione, farà pervenire al mittente un piccolo Diploma di *Socio effettivo*, da valere dal 1.° gennaio 1874 per il corso di 5 anni. Il socio acquista con ciò il diritto di far parte dei Congressi che si terranno nel quinquennio, di ricevere il Diario, gli Atti e tutte le altre pubblicazioni della Società quand'anche non intervenisse al Congresso.

Il Comitato, nell'interesse di semplificare la sua amministrazione, credendo in pari tempo di far cosa grata a molti sottoscrittori, autorizza questi ultimi a liberarsi col *pagamento immediato* di lire 45 dell'impegno che essi si sono assunti di pagare lire 10 annue per cinque anni consecutivi.

Inoltre il Comitato, considerando che la contribuzione annua è stata fissata a lire 10 solo perchè non riuscisse di aggravio alle modeste fortune di molti insegnanti, e che se gli introiti si limitassero soltanto a ciò, sarebbero insufficienti allo scopo della Società, ha deliberato:

1.° Di accogliere volontieri sin d'ora *contribuzioni maggiori o straordinarie* che i soci vorranno fare oltre al pagamento della tassa annua, dei quali soci pubblicherà sollecitamente i nomi, riservandosi di proporli al prossimo Congresso come *Benemeriti*;

2.° Di accogliere col titolo di *Socii onorarii* coloro, i quali, non essendo compresi nelle categorie stabilite per i soci effettivi, o non volendo assumere la qualità di soci effettivi, volessero pur nondimeno contribuire all'incremento della Società e pagassero per cinque anni consecutivi la quota annua di almeno lire 20, o almeno lire 90 in una sola volta. Questi soci onorarii riceveranno tutte le pubblicazioni della Società ed i loro nomi saranno pubblicati con distinzione negli Atti del Congresso. Tosto che avranno versato la loro quota, sia direttamente sia per vaglia postale, almeno per un anno nelle mani del predetto Cassiere del Comitato, essi riceveranno per cura del Comitato un piccolo Diploma di Soci onorarii.

Infine e onde togliere ogni dubbio che potesse sorgere su di una questione importante, il Comitato, seguendo in ciò le antiche tradizioni italiche e quelle dei passati Congressi, dichiara che anche le donne sono ammesse nella nuova Società, come soci effettivi qualora esse rientrino in una delle categorie previste dallo Statuto, altrimenti come soci onorarii. Esse sono del tutto e in tutto pareggiate agli uomini. Come è accaduto in Inghilterra per l'Associazione britannica, il Comitato desidera che la donna italiana prenda una larga parte nella vita della nuova Società, e si associi caldamente al movimento dell'alta coltura scientifica.

Il Comitato Permanente

Terenzio Mamiani, Presidente,

Michele Amari, — *Cesare Correnti*, — *Stanislao Cannizzaro*, — *Luigi Galassi*, — *Pietro Blaserna*, — *Leone De Sanctis*, Segretario.

Monumento a Maurizio Bufalini. — I medici italiani e greci di Alessandria di Egitto hanno inviato al signor Ghinozzi la somma di L. 270, raccolte con una sottoscrizione, allo scopo di concorrere all'erezione del monumento a Maurizio Bufalini. La somma era accompagnata da una lettera del signor De Castro, medico governativo presso il Consolato italiano di Alessandria.

Necrologia. — Il 24 del corrente giugno, con imponente funzione, ebbero luogo a Longueval (Somme) le esequie del chiarissimo chirurgo **Demarquay**.

La società di chirurgia di Parigi riunitasi in seduta ordinaria, mercoledì 23 corrente, udito l'annuncio della perdita dell'illustre suo membro, ha accettato all'unanimità la proposta del presidente Le Fort di levare immediatamente la seduta. Un tale omaggio che le Società scientifiche non sogliono in genere accordare se non ai loro più alti dignitari, riesce tanto più solenne in quantoche questo eminente chirurgo non venne mai levato alla dignità di presidente della Società di chirurgia.

— A Napoli moriva in questo mese uno dei medici più popolarmente famosi, il dott. **Pietro Ramaglia** autore di parechie memorie, dalle quali traluce il pratico consumato, egli godette per molti anni la più lusingheria fiducia dei suoi concittadini ed una fama incontestata in tutta Italia.

— Segniamo anche la morte del chiarissimo dott. **Giovanni Gandolfi**, professore di medicina legale all'Università di Pavia.

— **Vincenzo Masserotti** ebbe dalla città nostra amplissima dimostrazione, a confermare la grande stimazione in cui era tenuto dai colleghi e dai giovani dei due patrii istituti, il R. Liceo di S. Alessandro ed il R. Istituto tecnico dove egli era professore di storia naturale. Era anche medico abile e di buona pratica: e seppe guadagnarsi stima, affetto, amicizia, perchè ottimo padre, integerrimo cittadino, instancabile insegnante, consigliere amoroso dei suoi discepoli.

— Riceviamo all'ultima ora la dolorosa notizia della morte del dottor **Cesare Antongina** di Como. Appena trentenne per eccellenza d'ingegno e gentilezza d'animo per soda scienza e pratica fortunata erasi già conquistato insieme alla stima ed all'affetto dei suoi concittadini (compresi i medici) anche una brillante posizione.

— È morto a soli 56 anni il dott. cav. **Ignazio Nicolis**, professore di Propedeutica clinica all'Università di Torino.

Onorificenze. — Il prof. Achille De Giovanni venne chiamato a far parte dei coadjutori consulenti dell'opera; « *Doct. Dobell's annual Reports on Diseases of the Chest* » che si pubblica a Londra dall' Editore Smith, Elder e Gomp.

— Il dott. G. Batt. Molinari di Brescia è stato nominato socio fondatore con medaglia d' oro al merito scientifico, e qualifica di benemerito del Circolo promotore Patenopeo G. B. Vico di Napoli; e socio corrispondente con medaglia d' argento della reale associazione dei benemeriti italiani di Palermo.

— Il dott. Teobaldo Ricchi è stato nominato socio del circolo Frentano con medaglia d' oro.

— Il dott. Giuseppe Pierazzini di Pontedera fu nominato socio corrispondente della Reale Accademia di Medicina di Torino. Egli era già membro corrispondente di diverse società scientifiche e letterarie fra le quali la Società medico-chirurgica di Modena e la Reale Accademia Raffaello di Urbino.

Avvisi di Concorso. — *Università libera degli studi di Perugia.* — A tutto il giorno 6 del p. v. settembre è aperto il concorso per titoli e per esame alla cattedra di patologia speciale medica coll'obbligo dell' insegnamento della Clinica elementare nello spedale. Onorario annuo L. 3000, più L. 500 date dallo Spedale. Dirigere le domande al Sindaco.

— Masate e Inzago (Lombardia). — A tutto il 15 luglio, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2300.

Sanfré (Cuneo). — Pel gennaio prossimo si ricerca un medico-chirurgo per la cura dei poveri e residenza. Stipendio L. 1500 Per informazioni rivolgersi al Sindaco.

Basaluzzo (Novi). — A tutto giugno, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2500. Cura gratuita a tutti.

Agliano (Asti). — A tutto settembre, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2500.

Zeme (Lomellina). — A tutto luglio, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2600. Si vuole comprovato un lodevole esercizio di tre anni almeno.

Capolona (Arezzo). — A tutto giugno, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2200 e la casa. Obbligo del cavallo.

Gorla Minore (Milano). — A tutto giugno, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2200.

Albiate (Milano). — A tutto il 31 luglio, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2500.

Chiusi (Arezzo). — A tutto giugno, condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 2700. Obbligo del cavallo.

Zeme (Mortara). — A tutto luglio p. v., è aperto il concorso alla condotta medico chirurgica. Stipendio L. 2.600

Soragna (Parma). — A tutto agosto. Due condotte. Stipendio per ciascuna L. 1800.

Roccafranca e Ludriano. — Al 30 luglio. L. 2.400

S. Michele del Quarto. — A tutto luglio L. 2.550

Peschiera. — Al 10 luglio. L. 1.500.

Comazzo (Lodi). — A tutto agosto. L. 1.800

Comazzo ed Uniti (Lodi). — A tutto agosto L. 1800.

Vedano Olona (Como). — A tutto luglio L. 1850.

Gorlago (Bergamo). — A tutto agosto L. 2200.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. Malachia De-Cristoforis.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE VOLUME

Parte originale.

MELCHIORJ. Ano vulvare. Note cliniche . . . . . pag. 1
PADOVA. Caso di esofagite flemmonosa terminata felicemente per ascesso. Istoria letta nell'adunanza sanitaria tenuta nel Civico Ospedale di Pavia dai medici di Santa Corona nel giorno 17 dicembre 1874 . . . . . » 17
MORI. Sopra alcune alterazioni congenite dell'organo dell'udito (con tavola litografica) . . . . . » 24
CINISELLI. Sul setone elastico . . . . . » 32
DE CRISTOFORIS. Elettrolisi, sfigmografia, paralisi del pneumogastrico e del ricorrente negli aneurismi intratoracici (con tavola litografica) . . . . . » 37
GATTI. Il pronostico e la terapia della difterite . . . . » 51
FERRINI. Nuovo contributo alla storia clinica della difterite, basato sui casi osservati in Tunisi nel 1874 . . . . . » 193
BOZZOLO. Il tubercolo solitario della dura madre (con tav. litogr.) » 243
MORI. Sopra alcune alterazioni congenite dell' organo dell' udito — (con tavola litografica). (Continuazione e fine) . . . . » 250
LORENZUTTI. Di un caso di empiema pulsante . . . Pag. 385
RUSCONI. Esperienze cliniche sull'uso del borato sodico nell'ileo-tifo e nelle febbri palustri (con tavola) . . . . . » 391
GALIGNANI. La tracheotomia nel crup laringeo . . . . . » 398
FLARER. Cheratite parenchimatosa diffusa, da paralisi del simpatico cervicale . . . . . » 404
ARIGO. Occlusione completa dell' intestino vinta da una manuale operazione. Lettera al prof. Angelo Scarenzio . . . . » 407
ANELLI. Contribuzione alla cura della difterite. Lettera al dottor De-Cristoforis . . . . . » 411
PROTA GIURLEO. Utilità terapeutica dell' acido ossalico e del solfofenato di chinina nell'angina difterica. Lettera al chiarissimo dott. Noè Cenni di Montefolcino . . . . . » 415
OLIOLI. Il proto-joduro di mercurio nella cura delle mafattie veneree sarà tanto più utile, quanto più verrà dato a dosi ripartite » 418
DE ROSSI. Studio teorico-pratico intorno ad alcuni argomenti di otojatria . . . . . » 420

Rivista.

Rivista dermatologica del dottor Mucci Domenico . . . . » 74
ANDERSON. Sul trattamento delle malattie della pelle; con una analisi di undici mila casi di queste malattie . . . . » 74
Rivista anatomica del prof. G. Zoja . . . . . » 94
Anatomia Normale.
CALORI. Di alcune nuove borse mucose corrispondenti alla trachea, alla laringe e ad alcune delle parti adjacenti . . » 94
COYNE. Ricerche sull' anatomia normale della mucosa della laringe . . . . . » 96
BRAUNE e FRUEBIGER. Le vene della mano dell'uomo . . » 96

Konstantinowitsch. Sulla distribuzione dei vasi del retto intestino » 97
Gerhard Leopold. Dei vasi linfatici dell'utero nello stato normale non gravido . . . . . » 98
Zuckerhandl. Sull'anatomia e fisiologia della tromba di Eustacchio » 100
Urbantschitsch. Sull'anatomia della cassa del timpano . » 101
Sapolini. Dell'arteria acustica centrale . . . . . » 102
Zoja. Il gabinetto di anatomia normale dell'Università di Pavia. — Serie B. *Osteologia* . . . . . » 103
Anatomia anomala.
Calori. Sull'anomala sutura fra la porzione squamosa del temporale e l'osso della fronte . . . . . » 113
Calori. Sulle anomalie del canale e del nervo sotto-orbitale » 115
Heschl. Riflessioni sull'obliterazione fetale e prematura delle suture del cranio . . . . . » 117
Bennet. Anomalia congenita della clavicola . . . . . » 117
Giacomini. Della prematura divisione dell'arteria del braccio » 118
Rivista di clinica medica pel prof. A. De Giovanni e dott. F. Pirovano » 119
Schüppel. Un caso di anestesia generale . . . . . » 120
Cuntz. Contribuzione alla patologia de' nervi vasomotori . » 124
Meyer. Un caso di paralisi progressiva bulbare. . . . » 125
Schultze. Sulla presenza di abbondanti quantità di cristalli di ematoidina negli sputi . . . . . » 128
Elischer. Sulle alterazioni dei nervi periferici e del midollo spinale nella corea minore . . . . . » 129
Leube. Lesione cerebellare con sintomi clinici dell'aneurisma dell'arteria basillare . . . . . » 130
Bartels. Sugli ascessi peripleuritici . . . . . » 131
Immermann. Sulla anemia perniciosa progressiva . . . » 136
Zencker. Contribuzione alla casuistica della anemia perniciosa progressiva. . . . . » 138
Weill. Sulla presenza del tumore splenico nella sifilide recente ed osservazioni sulla percussione della milza . . . » 138
Heitler. Un caso di tifo addominale dopo la pneumonite cruposa » 140
Birch Hirschfeld. Sugli spirilli nel sangue di ammalati di febbre ricorrente . . . . . » 140
Zenker. Emorragia pancreatica come causa di morte improvvisa » 141
Jolly. Sulla sclerosi cerebrale a focolai disseminati . . » 142
Ewaid. Sulla fermentazione gastrica e produzione di gas stomacali abbrucianti con fiamma gialla. . . . . » 143
Panzeri. Ragguaglio clinico del Comparto diretto dal dott. Rovida all'Ospedale Maggiore di Milano nell'anno 1873. . . » 143
De Giovanni. Note cliniche sulla endoarterite deformante . » 148
Sulla dilatazione semplice circoscritta delle arterie . . » 151
Dowse. Sull'impacco nel trattamento del reumatismo acuto » 153
Black. Nota sulla febbre dei tropici . . . . . » 153
Randsome. Relazione fra la difterite e la scarlattina . . » 153
Marcet. Contribuzione alla storia della tisi laringea . . » 154
Broadbent. Trattamento delle malattie di cuore primitive . » 155
Johnson. Annotazioni sulle cause, patologia e cura della difterite » 156
The Lancet. Trattamento della colica epatica . . . » 159
Chapple. Di un caso di catalessi susseguita da epilessia . » 159
Hayne. Sulla diagnosi della degenerazione grassa del cuore nell'età avvanzata . . . . . » 160
Blanc. Del trattamento della febbre tifoide coll'acqua fredda e cogli antisettici . . . . . » 160
Brisbane. Di un caso di polso straordinariamente frequente trattato colla digitale . . . . . » 162

HUNTER. Caso di tetano guarito . . . . . pag. 163
RUGG. Delle malattie degli idioti e degli imbecilli . . » 163
ALEXANDER. Idatidi del fegato . . . . . » 164
BROWNE. Due casi di paralisi generale progressiva trattati colla fava del Calabar . . . . . » 164
Rivista di Terapeutica e di Farmacologia del dott. G. B. Soresina » 260
Il jaborandi. — Cronaca . . . . . » 261
AIMÉ-MARTIN. Sull'azione fisiologica delle injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina . . . . . » 280
VOISIN. Della cura della pazzia colle injezioni sottocutanee d'acetato e di cloridrato di morfina, come è prescritto a Illenau » 281
BOURNEVILLE. Rivista sul monobromuro di canfora . . » 284
SCHLIEP. Dell'uso della pompa stomacale . . . . . » 288
RÖHRER. Dell'idroterapia nelle affezioni infiammatorie dell'encefalo » 288
LITTLE. Cura di alcuni sintomi del periodo consecutivo della tisi polmonale . . . . . , ... » 289
LUTON. Uso dei cianuri nella cura del reumatismo articolare acuto » 290
WEILL. Del croton-cloralio idrato . . . . . » 292
TOMMASI. Nota sul croton-cloralio . . . . . » 293
GUBLER. Dell'azione della conicina sulla sensibilità cutanea . » 294
DUJARDIN-BEAUMETZ. Nota sull'azione terapeutica dell'apomorfina » 295
DUJARDIN-BEAUMETZ. Sull'azione fisiologica e terapeutica dell'apomorfina . . . . . » 298
ORÉ. Dell'anestesia chirurgica colle injezioni intravenose di cloralio » 299
HIGGISON e HALL. Cura del cholera colle injezioni sottocutanee di idrato di cloralio . . . . . » 300
BOUYER. Dell'uso dei preparati arsenicali nella cura delle malattie del cuore . . . . . » 301
ROUBAUD. Il bromuro di litio . . . . . » 303
LANDOWSKI e DURAND. Del kumis . . . . . » 304
RIVA. Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo della pleurite . . . . . » 306
DORVILLE. Cura delle febbri intermittenti col solfato di chinina associato all'alcool . . . . . » 307
DORVILLE. Acido salicilico quale disinfettante . . . . » 308
WAGNER. Acido salicilico nella difterite . . . . . » 309
DOUGLAS. Acido fenico e malattie zimotiche . . . . . » 309
LEWALD. Terapeutica dei neonati per mezzo del latte della loro nutrice . . . . . » 309
FRAECKEL. Il nitrito d'amile contro la cardialgia . . . . » 310
HENNEBERG. Il bromo nella cura del carcinoma dell'utero . » 311
DAL MONTE C. Storia di un caso di occlusione intestinale guarita coll'elettricità . . . . . » 311
KLINGELHOEFFER. L'acido fenico nella pustola maligna . » 311
SCÜLLER. Del nitrito d'amile contro gli effetti del cloroformio » 311
LADENDORF. Dell'azione del nitrito d'amile sui corpuscoli del sangue e sulla temperatura del corpo durante l'inalazione di questa sostanza » 312
LANDERDOF. Sui danni delle applicazioni della tintura d'arnica » 313
HAGEN. Osservazioni sull'acido fenico quale antiflogistico . » 314
WINDELBAND. Injezione d'acqua calda per arrestare l'emorragia uterina . . . . . » 314
GUILLAUMENT. Cura delle piaghe atoniche e delle ulcerazioni croniche col solfuro di carbonio . . . . . » 315
MICHEL. Del solfuro di carbonio nel trattamento esterno delle ulcerazioni croniche . . . . . » 315
GONTIER. Della cura del tetano traumatico coll'idrato di cloralio » 316
BERGERON. Il cloroformio nella chirurgia dei bambini . . » 316

GREENWAY. Cura della pneumonite coll'acido fenico . pag. 317
RITTER. Modificazione delle orine sotto l'influenza dell'acqua carica di protossido d'azoto, od acqua ossiazotica . . . » 317
A. C. Mezzo semplice e rapido per far scomparire gli ingorghi lattei precursori degli ascessi della mammella . . . » 318
LENDER. Produzione artificiale d'ozono . . . . . » 319
LENDER. Purgante aggradevole . . . . . » 319
Vajuolo e Vaccinazione. Rivista del dott. Felice Dell'Acqua . » 320
ORSI. La vaccinazione. Consigli e Norme della Commissione centrale vaccinica di Ancona . . . . . » 320
ORSI. Il vajuolo e la vaccinazione nella Provincia di Ancona, 1871-72 . . . . . » 321
ORSI. La vaccinazione ed il vajuolo nella Provincia di Ancona, 1873 » 321
NOLLI. La discussione sulla vaccinazione animale fatta presso la R. Accademia di medicina di Torino nel 1871, e le esperienze comparative sul vaccino animale e sull'umanizzato praticate nel triennio 1871-73 da apposita Commissione torinese . . » 322
TOSCANI. L'epidemia di vajuolo in Roma dal 1.° gennajo 1871 al 30 giugno 1873 e le pubbliche vaccinazioni nella stessa città durante il venticinquennio 1848-72 . . . . . » 324
ORSI. Il vajuolo e la vaccinazione. Ai medici ed alle famiglie » 325
ORSI. Dell'importanza di rinnovare il germe delle vaccinazioni in Italia . . . . . » 328
FRANCHINI. Dell'uso dello zafferano nel vajuolo . . . » 330
BOMBA. Resoconto quinquennale del Comitato ligure di vaccinazione » 331
Rivista Ginecologica pel dott. Mangiagalli . . . . . » 334
BERRUTI. La sterilità in rapporto alla moderna terapia . » 335
TERRILLON. Disordini della menstruazione in seguito a lesioni chirurgiche e traumatiche . . . . . » 336
WRIGHT. Vaginismo . . . . . » 337
GUIBOUT. Trattamento degli scoli vaginali . . . . . » 338
GUÉRIN. Della metrite parenchimatosa acuta . . . . . » 338
WOODBURY. Dell'applicazione locale dell'acido nitrico nell'endometrite del collo e del corpo . . . . . » 339
SIREDEY. La febbre puerperale non esiste . . . . . » 340
WINCKEL. Due casi di ematocolpo ed ematometra in causa di atresia del terzo medio della vagina, guariti colla punzione » 342
ORY. Lacerazione completa del perineo, perineorafia praticata con successo . . . . . » 342
DEMARQUAY. Nuovo processo operatorio della fistola retto-vaginale » 343
RUGGI. Nuovo isterotomo . . . . . » 344
AMUSSAT. Trattamento dell'epitelioma del collo dell'utero colla galvano caustica termica . . . . . » 345
HENNEBERG. Sul trattamento del carcinoma del collo uterino colla soluzione alcoolica di bromo . . . . . » 345
OBERDUCHT. Sull'amputazione del collo dell'utero . . . . » 345
DEMARQUAY et SAINT-VEIL. Sui polipi fibrosi ad apparizione intermittente . . . . . » 346
JOURESTIÉ. Di alcuni accidenti consecutivi alla compressione incompleta della vescica e del retto per parte dei fibromi uterini interstiziali . . . . . » 347
GUÉNIOT. Ablazione di certi polipi dell'utero; semplificazione operatoria . . . . . » 347
SCARENZIO. Polipo uterino esportato mediante la legatura elastica » 348
HILDEBRANDT. Sul trattamento dei fibromi e miomi uterini mediante le injezioni ipodermiche di ergotina . . . . . » 348
MARTIN. Sulla enucleazione dei miomi interstiziali del corpo dell'utero . . . . . » 349

Gommi. Enucleazione di un tumore della cavità dell'utero e studio fisio-patologico sulle alterazioni della sensibilità e del movimento, sintomatiche delle malattie uterine . . . pag. 352
Lawson Tait. Grosso fibro-mioma del fondo de l' utero operato con successo . . . . . » 353
Wood. Estirpazione dell'utero per tumori . . . . . » 353
Tunhelme. Estirpazione di un tumore fibro-cistico dell' utero insieme all'utero ed alle sue appendici . . . . . » 353
Baschiebi. Contributo anatomo-patologico clinico del cistovario » 353
Spantigati. Sopra alcune osservazioni di tumori ovarici . » 354
Poulet. Tumore cistico dell'ovaio preso per una gravidanza uterina; ovariotomia nel periodo ultimo; morte per spossamento » 355
Keith. Sulle cisti ovariche suppuranti . . . . . » 355
Champbell. Caso di cisti attaccata ad un rene, simulante una cisti ovarica: esportazione del rene: guarigiane . . . » 356
Rivista idrologica del dott. P. Schivardi, Medico-Direttore dei Bagni d'Acqui . . . . . » 433
Dammann. Der Curort Lippspringe . . . . . » 433
Sales Girons. Lo stabilimento termale a Dax . . . . » 436
Violini. Rapporto sull'andamento del servizio nello stabilimento militare d'Acqui . . . . . » 437
Anonimo. Guida ai Bagni di Casciana . . . . . » 439
Galli. I fanghi di Trescore-Zandobbio . . . . . » 440
Pavesi. Nuova analisi dell'acqua della Cornasca . . . . » 441
De Luca. Ricerche sperimentali sulla solfatura di Pozzuoli » 442
Ria. L'idroterapia del medico moderno . . . . . » 445
Maj. Nuova analisi dell'acqua di Boario . . . . . » 446
Schivardi. I fanghi. Studj di idrologia medica . . . . » 446
Schivardi. Le acque solforose e la solfidrometria . . . . » 446
Brugnatelli. L'acqua di Monte Alfeo . . . . . » 447
Goldwurm. Dei bagni ferruginoso-arsenicali di Roncegno . » 449
Pellegrini. Relazione sulle acque minerali di Arta e Piano nella Carnia e loro analisi chimica . . . . . » 450
James. Guida pratica alle acque minerali, ai bagni di mare ed alle stazioni d'inverno . . . . . » 452
Valentiner. Manuale di balneoterapia generale e speciale . » 453
Helffts. Manuale di balneo-terapia . . . . . » 453
Quincke. Tavole balneologiche . . . . . » 454
Carrara Zanotti. Monografia dell'acqua minerale del Drago sita nel Comune di Oltre il Colle (Serina) . . . . . » 455
Ugolini. Guida ai bagni di Rimini . . . . . » 455
Brugnoli. Le Terme porrettane nella cura della tisi . . » 456
Schivardi Guida descrittiva e medica alle acque minerali d'Italia, nonchè agli stabilimenti idroterapici, ai soggiorni d'inverno, alle cure col siero di latte e coll'uva . . . » 457
Rivista di Chimica Patologica del prof. Rovida . . . . » 457
Ritthausen e Pott. Ricerche intorno alle combinazioni dei corpi albuminosi coll'ossido ramico . . . . . » 458
Mordrzejewki. Intorno alla sostanza amiloide . . . . » 459
Perls. Intorno alla distinzione fra infiltrazione e degenerazione adiposa del fegato . . . . . » 459
Berg. Intorno alla ricognizione del sangue nei liquidi nei quali è contenuto in quantità piccolissima . . . . . » 460
Binz. Chinina e sangue . . . . . » 460
Naunyn. Ricerche intorno alla coagulazione del sangue nell' animale vivente e conseguenze di essa . . . . . » 462
Falk. Intorno ad una proprietà del sangue dei capillari . » 463

HOFFMANN. Brevi comunicazioni intorno al diabete . . » 463
EWALD. Un nuovo processo per produrre glicosuria . . » 463
SECLIG. Ricerche comparative sul consumo dello zucchero negli animali diabetici e non diabetici . . . . . » 464
HREY. Ricerche intorno ai rapporti della perdita insensibile durante la febbre da ferita . . . . . » 464
NEUMANN. Intorno al rapporto delle perdite insensibili nella febbre » 465
GUYOCHIN. Analisi del liquido degli edemi e dell'ascite in un caso di malattia di Bright . . . . . » 465
HOPPE SEYLER. Esame di un tumore papillare . . . » 466
HILGER. Determinazione quantitativa dello jodio nell'urina . » 466
Rivista Chirurgica del prof. Angelo Scarenzio . . . . . » 467
MARCACCI. Due casi di resezio-disarticolazione tibio-calcanea con modificazione al processo Pirogoff . . . . . » 468
RICORDI. Resezione dell' omero destro per due terzi. Guarigione con perfetta riproduzione dell'osso . . . . . » 472
PARONA. Strappatura del tubercolo tibiale . . . . . » 474
HAMILTON. Trattamento delle fratture della coscia cogli apparecchi inamovibili . . . . . » 475
PARONA. Corollarii tratti dalla cura di quarantadue casi di frattura » 475
HATRY. Lussazione laterale ecterna del cubito . . . » 476
PARONA. Lussazione ischio-pubica ridotta col metodo razionale » 477
BLISS. Processo speciale di riduzione di una vertebra lussata » 477
PARONA. Strappatura dell'avambraccio con grave emorragia » 478
MARCACCI. Due voluminosi polipi naso-faringei demoliti mediante un nuovo processo . . . . . » 478
FOUCHIER. Polipi multipli del retto, prolasso, legatura, schiantamento in varie riprese . . . . . » 481
DUPLAY. Modificazione osteoplastica alla operazione del labbro leporino . . . . . » 482
GALLOZZI. Stafilorafia eseguita col processo di Sedillot . » 483
HEINE, BILLROTH e BOTTINI. Tre altri casi di esportazione della laringe . . . . . » 484
PARONA. Aneurisma per ferita dell'arteria femorale . . » 485
PARONA. Aneurisma del cubito da salasso, guarito colla compressione indiretta . . . . . » 486
PARONA. Varici alle gambe curate radicalmente, mediante injezioni con idrato di cloralio . . . . . » 487
THOMAS BROWNE. Un caso di morte improvvisa per embolo nella vena cava inferiore in rapporto con vene varicose della gamba » 492
DEL GRECO. Erniotomia con enterorafia in un bambino di quindici mesi . . . . . » 493
ALLINGHAM. Intorno alla cura della fistola all'ano mediante la legatura elastica . . . . . » 494
JOSEPHSOHN. Osteomi nei muscoli adduttori de'cavallerizzi . » 495
DEMARQUAY. Ascesso al seno mascellare . . . . . » 495
DUPLAY. Ascesso della tibia guarito mediante la trapanazione » 496
KEHRER. Sulla retrazione del capezzolo e mezzo per rimediarvi » 496
TILLAUSE. Innesto per approssimazione de tendini . . . » 497
BARWELL. Lezione clinica sul fegato amiloide ad adiposo in rapporto alle operazioni . . . . . » 498
BROCA. Compressione della mammella nelle nevralgie e negli adenomi di quest'organo . . . . . » 498
VERNEUIL. La forcipressura . . . . . » 499
FLEISCHER. Uso esterno ed interno dell'idrato di cloralio nel carcinoma dell'utero . . . . . » 499
DEMARQUAY. Della influenza di alcune sostanze sulla produzione dei vibrioni . . . . . » 500

Rivista Istologica del prof. G. Bizzozero in Torino . . . » 500
RIEDEL. Sull'accrescimento post-embrionale delle parti molli » 501
SCHAFER. Sullo sviluppo intracellulare dei corpuscoli sanguigni dei mammiferi . . . . . » 502
FREYER. Sulla partecipazione della milza allo sviluppo dei globuli rossi . . . . . » 503
NEUMANN. Contribuzioni alla conoscenza della produzione del sangue » 503
RANVIER. Ricerche sugli elementi del sangue . . . » 504
LE GOFF e RAMONAT. Ricerche sugli elementi che entrano nella composizione dei tendini . . . . . » 505
RANVIER. Nuove ricerche sulla struttura e sullo sviluppo dei tendini » 505
PETRONE. Sulla struttura normale e patologica della cartilagine » 507
PETRONE. Sulla struttura degli epitelii e su varii processi morbosi degli stessi . . . . . » 508
WAGENER. Sull'unione dei muscoli coi tendini . . . » 580
BORN. Sullo sviluppo dei muscoli striati volontarii dei mammiferi » 508
BOMPIANI. Sull'isolazione degli osteoplasti umani . . . » 509
AUFRECHT. Sull'epitelio degli alveoli polmonari . . . » 50e
WINKLER. Sulla struttura della mammella . . . . » 510
LANGERHANS. Sulle ghiandole accessorie degli organi sessuali » 510
ROBIN e CADIAT. Sulla struttura e i rapporti dei tegumenti a livello della loro congiunzione nelle regioni anale, vulvare e del collo uterino . . . . . » 511
ROBIN e CADIAT. Sulla struttura intima della mucosa e delle ghiandole uretrali dell'uomo e della donna . . . . » 512
STRAVINSKI. Sulla struttura dei vasi ombilicali e sulla chiusura dopo il parto . . . . . » 513
MERKEL. Sul primo stadio di sviluppo degli spermatozoidi . » 514
ROBIN e CADIAT. Sulla costituzione della mucosa dell'utero maschile, dei canali deferenti e delle trombe di Falloppio . » 515
BORN. Sullo sviluppo dell'ovario del cavallo . . . . » 515
MOTANO. Sugli stomi dello strato pimmentale della retina . » 515
CALBERLA. Contribuzione alla conoscenza delle vie di riassorbimento dell'umor aqueo . . . . . » 515
CALEMBRUN MERCURE. Sulla terminazione dei nervi nella cornea » 516
THANHOFFER. Contribuzione alla fisiologia ed istologia della cornea » 517
CIACCIO. Osservazioni intorno alla membrana di Descemet e al suo endotelio . . . . . » 518
JOBERT. Ricerche sugli organi tattili dell'uomo . . . » 519
Rivista di istologia normale e patologica del sistema nervoso centrale del dott. C. Golgi . . . . . » 519
HITZIG. Sulla situazione del liquido cerebro-spinale . . » 520
MIERZEJEWSKI. Sul tessuto connettivo interstiziale della sostanza bianca delle circonvoluzioni cerebrali . . . . . » 533
ARNDT. Sull' avventizia dei vasi cerebrali . . . . . » 525
HUGUENIN. Il braccio anteriore delle eminenze quadrigemelle » 527
HUGUENIN. Il braccio posteriore delle eminenze quadrigemelle » 527
LEMOIGNE e INZANI. Il fascio uncinato del cervello dei mammiferi (Reclamo per un diritto di priorità di scoperta) . . » 529
KRAUSE. Il ventriculus terminalis del midollo spinale . . » 531
MIERZEJEWSKI. Studj sulle alterazioni cerebrali nella paralisi generale » 532
HUGENIN. Sull'anatomia patologica della demenza paralitica » 535
RIPPING. Sulla degenerazione cistoide della corteccia cerebrale negli alienati paralitici . . . . . » 537
WIESSINGER. Formazione delle cisti nella sostanza corticale del cervello . . . . . » 537
ADLER. Sulla presenza delle cellule adipose granulari nel midollo spinale degli alienati . . . . . » 538

ADLER. Sopra alcune alterazioni patologiche del cervello degli alienati » 538
ADLER. Sopra alcune alterazioni patologiche dei vasi cerebrali degli alienati . . . . . » 540
ARNDT. Aforismi sull'anatomia patologica degli organi centrali del sistema nervoso . . . . . » 542
STEFANINI. Sulla corea elettrica . . . . . » 542
GOLGI. Gliomi del cervello . . . . . » 543
SIMON. Su gliomi con cellule acracni- e pennelliformi . . » 543
BERNHARDT. Contribuzioni cliniche allo studio delle affezioni superficiali del cervello umano . . . . . » 546
WESTPHAL. Un caso di tumore e di formazione di cavità nel midollo spinale . . . . . » 547

Analisi bibliografica.

FUMAGALLI. La chirurgia sui bambini . . . . . » 165
KOLBE e NEUBAUER. L'acido salicilico nella medicina e nell'igiene » 167
LANZILLOTTI - BUONSANTI e PINI. Dizionario dei termini antichi e moderni delle scienze mediche e veterinarie . . . » 170
SORESINA. Ricettario . . . . . » 171
CORRADI. Trattato sulle malattie degli organi orinarii . . » 357
HANCOCK. Anatomia e chirurgia del piede umano . . . » 368
LUTON. Traité des injections sous cutanees à effet local . . » 372
VALETTE. Clinica Chirurgica dell'Hôtel Dieu di Lione . . » 548
BIZZOZERO. Crup e difterite . . . . . » 551

Corrispondenza.

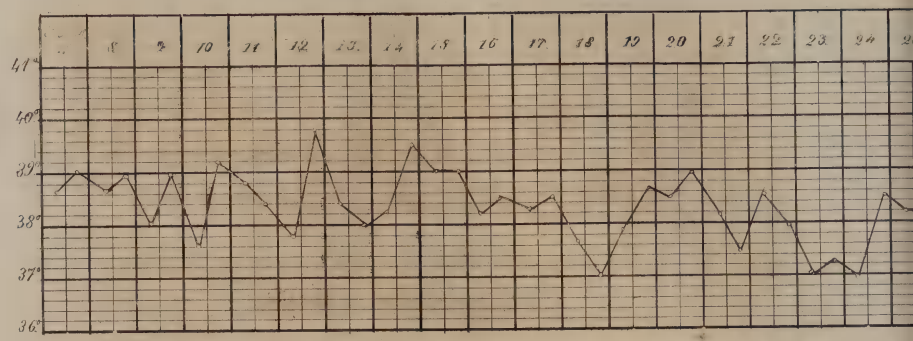
DE-CASTRO. Delle cauterizzazioni del polmone colla galvano-caustica. — Comunicazione preventiva . . . . . » 172
BOZZOLO. Sugli esperimenti di trasfusione sanguigna eseguiti nell'Ospedale Maggiore di Milano dai signori dottori Ponza e Ridolfi » 551
BOZZOLO. Unicuique Suum. Rettifica . . . . . » 558

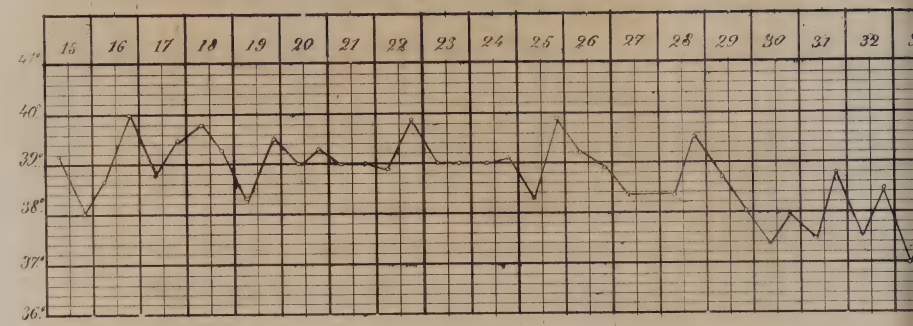
Varietà.

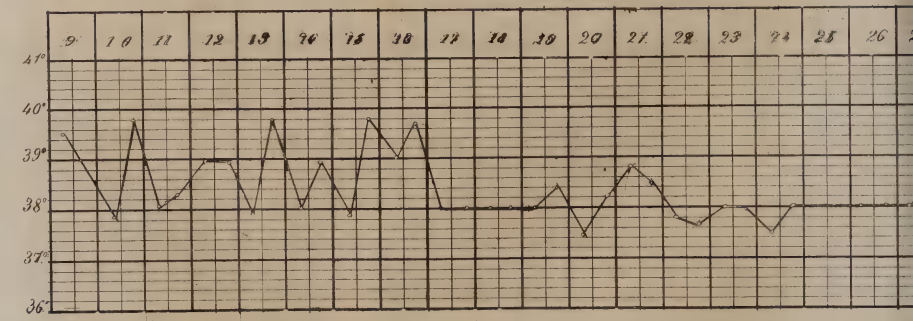
Esperimento di cremazione. — Scuole pei rachitici. — Istituto oftalmico di Milano. — Congresso periodico Internazionale di scienze mediche. — Reale Accademia di medicina in Roma. — Sottoscrizione Cenni. — Maurizio Bufalini. — Necrologia. — Esumazione di Alessandro Volta. — Disumazione di G. B. Monteggia. — Inaugurazione del monumento a G. B. Morgagni. — Ricordo al prof. De Lorenzi. — Nomine e Onorificenze. — Concorsi a premio. — Avvisi di concorso . . . » 175
Rapporto della Commissione nominata dalla Facoltà Medica di Roma per esaminare il metodo curativo della balbuzie adoperato dal sig. Chervin. — Cotone jodato del dott. De-Catani. — La vaccinazione in China. — Responsabilità professionale. — L'atmosfera dei teatri. — Nuovo giornale. — Sottoscrizione ad azioni di L. 3 cadauna per l'associazione al romanzo del dott. G. N. Cenni. — Necrologia. — Monumento Burci. — Nomine e Onorificenze. — Libri ed opuscoli ricevuti in dono . . . » 376
Stabilimento per bagni ad aria compressa a Milano. — Cholera e Peste. — Inaugurazione della statua di G. B. Morgagni nella città di Forlì. — Congresso periodico internazionale di scienze mediche. — Società italiana del progresso delle scienze. — Monumento a Maurizio Bufalini. — Necrologia. — Onorificenze — Avvisi di concorso . . . . . » 559

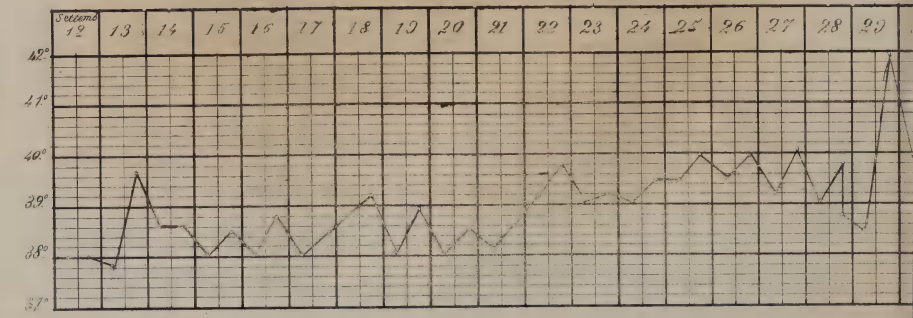
FINE DEL VOLUME 232.

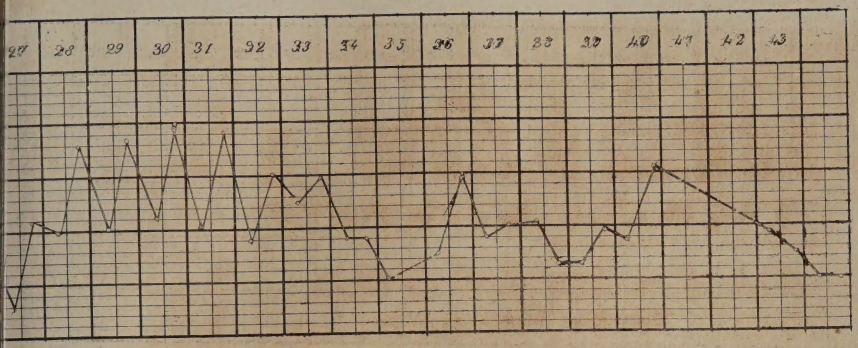
WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

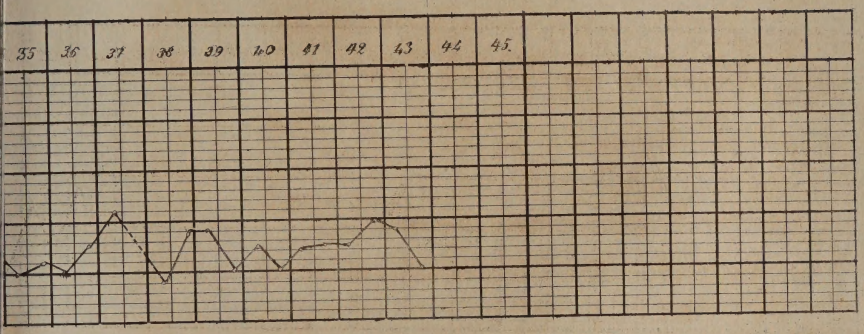

8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
41°
40°
39°
38°
37°
36°


15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32
40°
39°
38°
37°
36°

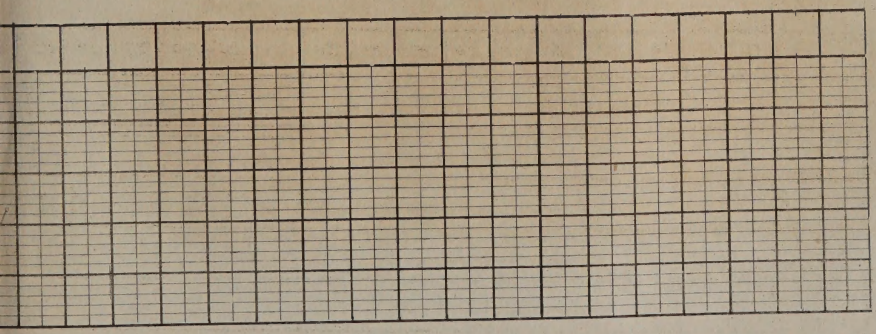

9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Settemb
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
42°
41°
40°
39°
38°
37°


27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43


35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45.

29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39



Falk. Intorno ad una proprietà del sangue dei capillari . » 463
Hoffmann. Brevi comunicazioni intorno al diabete . . » 463
Ewald. Un nuovo processo per produrre glicosuria . . » 463
Seclig. Ricerche comparative sul consumo dello zucchero negli animali diabetici e non diabetici . . . . . » 464
Hrey. Ricerche intorno ai rapporti della perdita insensibile durante la febbre da ferita . . . . . » 464
Neumann. Intorno al rapporto delle perdite insensibili nella febbre » 465
Guyochin. Analisi del liquido degli edemi e dell'ascite in un caso di malattia di Bright . . . . . » 465
Hoppe Seyler. Esame di un tumore papillare . . . . » 466
Hilger. Determinazione quantitativa dello jodio nell'urina . » 466
Rivista Chirurgica del prof. Angelo Scarenzio . . . . . » 467
Marcacci. Due casi di resezio-disarticolazione tibio-calcanea con modificazione al processo Pirogoff . . . . . » 468
Ricordi. Resezione dell'omero destro per due terzi. Guarigione con perfetta riproduzione dell'osso . . . . . » 472
Parona. Strappatura del tubercolo tibiale . . . . . » 474
Hamilton. Trattamento delle fratture della coscia cogli apparecchi inamovibili . . . . . » 475
Parona. Corollarii tratti dalla cura di quarantadue casi di frattura » 475
Hatry. Lussazione laterale ecterna del cubito . . . . » 476
Parona. Lussazione ischio-pubica ridotta col metodo razionale » 477
Bliss. Processo speciale di riduzione di una vertebra lussata » 477
Parona. Strappatura dell'avambraccio con grave emorragia » 478
Marcacci. Due voluminosi polipi naso-faringei demoliti mediante un nuovo processo . . . . . » 478
Fouchier. Polipi multipli del retto, prolasso, legatura, schiantamento in varie riprese . . . . . » 481
Duplay. Modificazione osteoplastica alla operazione del labbro leporino . . . . . » 482
Gallozzi. Stafilorafia eseguita col processo di Sedillot . » 483
Heine, Billroth e Bottini. Tre altri casi di esportazione della laringe . . . . . » 484
Parona. Aneurisma per ferita dell'arteria femorale . . » 485
Parona. Aneurisma del cubito da salasso, guarito colla compressione indiretta . . . . . » 486
Parona. Varici alle gambe curate radicalmente, mediante injezioni con idrato di cloralio . . . . . » 487
Thomas Browne. Un caso di morte improvvisa per embolo nella vena cava inferiore in rapporto con vene varicose della gamba » 492
Del Greco. Erniotomia con enterorafia in un bambino di quindici mesi . . . . . » 493
Allingham. Intorno alla cura della fistola all'ano mediante la legatura elastica . . . . . » 494
Josephsohn. Osteomi nei muscoli adduttori de'cavallerizzi . » 495
Demarquay. Ascesso al seno mascellare . . . . . » 495
Duplay. Ascesso della tibia guarito mediante la trapanazione » 496
Kehrer. Sulla retrazione del capezzolo e mezzo per rimediarvi » 496
Tillause. Innesto per approssimazione de tendini . . » 497
Barwell. Lezione clinica sul fegato amiloide ad adiposo in rapporto alle operazioni . . . . . » 498
Broca. Compressione della mammella nelle nevralgie e negli adenomi di quest'organo . . . . . » 498
Verneuil. La forcipressura . . . . . » 499
Fleischer. Uso esterno ed interno dell'idrato di cloralio nel carcinoma dell'utero . . . . . » 499
Demarquay. Della influenza di alcune sostanze sulla produzione dei vibrioni . . . . . » 500
Rivista Istologica del prof. G. Bizzozero in Torino . . . . » 500
Riedel. Sull'accrescimento post-embrionale delle parti molli » 501
Schafer. Sullo sviluppo intracellulare dei corpuscoli sanguigni dei mammiferi . . . . . » 502
Freyer. Sulla partecipazione della milza allo sviluppo dei globuli rossi . . . . . » 503
Neumann. Contribuzioni alla conoscenza della produzione del sangue » 503

RANVIER. Ricerche sugli elementi del sangue . . . . » 504
LE GOFF e RAMONAT. Ricerche sugli elementi che entrano nella composizione dei tendini . . . . . » 505
RANVIER. Nuove ricerche sulla struttura e sullo sviluppo dei tendini » 505
PETRONE. Sulla struttura normale e patologica della cartilagine » 507
PETRONE. Sulla struttura degli epitelii e su varii processi morbosi degli stessi . . . . . » 508
WAGENER. Sull'unione dei muscoli coi tendini . . . . » 580
BORN. Sullo sviluppo dei muscoli striati volontarii dei mammiferi » 508
BOMPIANI. Sull'isolazione degli osteoplasti umani . . . . » 509
AUFRECHT. Sull'epitelio degli alveoli polmonari . . . . » 50e
WINKLER. Sulla struttura della mammella . . . . . » 510
LANGERHANS. Sulle ghiandole accessorie degli organi sessuali » 510
ROBIN e CADIAT. Sulla struttura e i rapporti dei tegumenti a livello della loro congiunzione nelle regioni anale, vulvare e del collo uterino . . . . . » 511
ROBIN e CADIAT. Sulla struttura intima della mucosa e delle ghiandole uretrali dell'uomo e della donna . . . . . » 512
STRAVINSKI. Sulla struttura dei vasi ombilicali e sulla chiusura dopo il parto . . . . . » 513
MERKEL. Sul primo stadio di sviluppo degli spermatozoidi . » 514
ROBIN e CADIAT. Sulla costituzione della mucosa dell'utero maschile, dei canali deferenti e delle trombe di Falloppio . » 515
BORN. Sullo sviluppo dell'ovario del cavallo . . . . » 515
MOTANO. Sugli stomi dello strato pimmentale della retina . » 515
CALBERLA. Contribuzione alla conoscenza delle vie di riassorbimento dell'umor aqueo . . . . . » 515
CALEMBRUN MERCURE. Sulla terminazione dei nervi nella cornea » 516
THANHOFFER. Contribuzione alla fisiologia ed istologia della cornea » 517
CIACCIO. Osservazioni intorno alla membrana di Descemet e al suo endotelio . . . . . » 518
JOBERT. Ricerche sugli organi tattili dell'uomo . . . . » 519
Rivista di istologia normale e patologica del sistema nervoso centrale del dott. C. Golgi . . . . . » 519
HITZIG. Sulla situazione del liquido cerebro-spinale . . . » 520
MIERZEJEWSKI. Sul tessuto connettivo interstiziale della sostanza bianca delle circonvoluzioni cerebrali . . . . . » 533
ARNDT. Sull' avventizia dei vasi cerebrali . . . . . » 525
HUGUENIN. Il braccio anteriore delle eminenze quadrigemelle » 527
HUGUENIN. Il braccio posteriore delle eminenze quadrigemelle » 527
LEMOIGNE e INZANI. Il fascio uncinato del cervello dei mammiferi (Reclamo per un diritto di priorità di scoperta) . . . » 529
KRAUSE. Il ventriculus terminalis del midollo spinale . . . » 531
MIERZEJEWSKI. Studj sulle alterazioni cerebrali nella paralisi generale » 532
HUGENIN. Sull'anatomia patologica della demenza paralitica » 535
RIPPING. Sulla degenerazione cistoide della corteccia cerebrale negli alienati paralitici . . . . . » 537
WIESSINGER. Formazione delle cisti nella sostanza corticale del cervello . . . . . » 537
ADLER. Sulla presenza delle cellule adipose granulari nel midollo spinale degli alienati . . . . . » 538

Analisi bibliografica.

VALETTE. Clinica Chirurgica dell'Hôtel Dieu di Lione . . . » 548
BIZZOZERO. Crup e difterite . . . . . » 551

Corrispondenza.

BOZZOLO. Sugli esperimenti di trasfusione sanguigna eseguiti nell'Ospedale Maggiore di Milano dai signori dottori Ponza e Ridolfi » 551
BOZZOLO. Unicuique Suum. Rettifica . . . . . » 558

Varietà.

Stabilimento per bagni ad aria compressa a Milano. — Cholera e Peste. — Inaugurazione della statua di G. B. Morgagni nella città di Forlì. — Congresso periodico internazionale di scienze mediche. — Società italiana del progresso delle scienze. — Monumento a Maurizio Bufalini. — Necrologia. — Onorificenze — Avvisi di concorso . . . . . » 559